

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

COMPLICATIONS DES EMPYÈMES DES CAVITÉS ACCESSOIRES DU NEZ

Par le Dr **LICHTWITZ** (de Bordeaux).

Depuis que les rhinologistes ont entrepris l'étude des affections suppuratives des cavités accessoires du nez — étude qui ne remonte guère qu'à une huitaine d'années, — on a bien signalé quelques maladies causées par les sinusites, mais l'on n'a point, à notre avis, suffisamment insisté sur la fréquence et les localisations diverses des affections auxquelles peuvent donner lieu ces sinusites. Il importe, cependant, que le praticien connaisse ces complications, car ce sont elles qui, le plus souvent, dominent la scène et font l'objet principal des plaintes des malades. La vraie cause, la sinusite, qui ne se manifeste que sous forme d'un vulgaire « rhume de cerveau » échappe souvent à l'attention de ces derniers.

Nos recherches ont porté sur 149 cas d'empyèmes des différents sinus ; 127 de nos malades étaient atteints d'une suppuration unilatérale ou bilatérale d'un même sinus : ces cas se répartissent de la façon suivante :

Sinusite maxillaire bilatérale	=	16
» » unilatérale	=	70
» sphénoïdale bilatérale	=	19
» » unilatérale	=	11
» frontale bilatérale	=	4
» » unilatérale	=	6
» ethmoïdale bilatérale	=	1

Les 22 autres cas ont trait à des sinusites combinées.

Avant de faire l'énumération des diverses affections qui accompagnent les sinusites, nous dirons que les chiffres de notre statistique sont bien au-dessous de la réalité. Au début, en effet, nous avons cru plutôt à une coïncidence qu'à une complication et nous n'avons pas toujours noté ces différents symptômes.

Les complications peuvent porter :

I. Sur les organes voisins : fosses nasales proprement dites, pharynx, oreilles, yeux, complications crânio-faciales.

II. Sur les organes éloignés : arbre bronchique, tube digestif, etc.

III. Sur l'état général : affaiblissement, amaigrissement, fièvre, etc.

I

1^o FOSSES NASALES PROPREMENT DITES. — La muqueuse des cornets peut être *atrophiée*, comme dans treize de nos cas, et parfois simuler l'ozène vrai. Trois de nos malades, en effet, avaient été traités ailleurs pour de l'ozène. Après avoir pendant plusieurs mois soigné leur sinus sphénoïdal, qui, chez l'un d'eux, ne contenait du pus que d'un côté, chez les deux autres des deux côtés, la formation des croûtes et la sécrétion purulente disparurent complètement. Chez six malades dont quelques-uns avaient, sans le moindre résultat, employé des douches nasales et subi des cautérisations avec des solutions concentrées de nitrate d'argent, la sécrétion nasale diminua après les premiers lavages des sinus sphénoïdaux et la céphalalgie, la sensation de pesanteur de tête cessèrent entièrement. Ces malades sont encore en traitement.

Chez trois autres malades il semblait s'agir d'ozène vrai avec propagation aux sinus sphénoïdaux, et dans le dernier de nos treize cas d'atrophie nasale, observé il y a plus de cinq ans, on n'avait constaté que l'empyème du sinus maxillaire droit ; les sinus sphénoïdaux n'avaient point été explorés.

Souvent on rencontre une *rhinite hypertrophique* ; chez

huit de nos malades, l'hypertrophie était telle qu'elle obscurcissait complètement la lumière des fosses nasales.

Trois fois l'affection du sinus se présenta sous l'aspect d'un *coryza caséeux*. Dans le premier cas, la fosse nasale ainsi que le sinus maxillaire gauches étaient remplis d'un pus fétide, épais, analogue à du mortier. La région malaire gauche était tuméfiée et douloureuse à la pression. Il existait une légère exophtalmie et du strabisme de l'œil gauche avec diplopie. Le malade souffrait de douleurs de tête atroces. Au premier abord, on était tenté de croire à l'existence d'une tumeur maligne qui aurait pris naissance dans le maxillaire supérieur et distendu les parois orbitaire, malaire et nasale de l'antre d'Highmore. Après avoir réussi à évacuer des quantités considérables de pus du nez et de l'antre qui communiquaient, par une large ouverture, au niveau du méat inférieur, la guérison survint au bout d'un mois et demi.

Le second malade présentait des phénomènes analogues ; chez lui le sinus maxillaire droit, le sinus frontal et les cellules ethmoïdales antérieures contenaient du pus caséeux. Les symptômes orbitaires faisaient défaut ainsi que dans le troisième cas qui concernait un confrère. Chez ce dernier, le sinus frontal gauche et les cellules ethmoïdales, qui semblaient ne former qu'une seule cavité, renfermaient de grandes quantités d'un pus caséeux, épais, tandis que la fosse nasale et le sinus maxillaire étaient indemnes. Dans les deux cas, grâce à des lavages fréquents pratiqués avec ma canule frontale, j'obtins une guérison complète. D'abord disparurent les céphalalgies paroxystiques et plus tard la sécrétion muco-purulente, au bout d'un mois dans le premier cas, de trois à quatre dans le second.

Douze fois nous avons noté la présence de petits *polypes* ou de granulations au niveau de l'hiatus semi-lunaire. Dans dix-huit cas, c'étaient des *polypes muqueux* assez gros qui, la plupart du temps, remplissaient les deux fosses nasales, alors que la sinusite n'existait que d'un côté. Il est donc probable que les polypes étaient ici plutôt la cause que la conséquence des empyèmes, à moins d'admettre l'existence d'une sinusite double guérie spontanément d'un seul côté.

Dans presque un tiers de tous les cas, notamment dans les suppurations de l'antre d'Highmore, nos malades se plaignaient surtout de ressentir une mauvaise odeur (*cacosmie*). Parfois cette sensation olfactive faisait le désespoir des malades et provoquait une véritable mélancolie. Plusieurs fois la *cacosmie* fut prise par les médecins traitants et même par des rhinologistes pour une hallucination olfactive, parce que la sinusite était tellement latente qu'elle ne se révélait même pas par des symptômes intra-nasaux. Ce n'est que par un interrogatoire minutieux et surtout par le lavage explorateur du sinus maxillaire que je parvins à découvrir le foyer de la suppuration.

2° CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE ET PHARYNX BUCCAL. — Beaucoup de nos malades, principalement ceux atteints de sinusite sphénoïdale ou frontale, présentaient des troubles désignés autrefois sous le nom de *catarrhe naso-pharyngien* ou aussi de *maladie de Tornwaldt*.

Ziem (1, 4) a déjà fait ressortir en 1890 que la soi-disant maladie de Tornwaldt était toujours due à des suppurations des fosses nasales et de leurs cavités accessoires. Cet auteur dit n'avoir jamais vu un cas de « bursitis pharyngea » localisée, indépendante d'une suppuration nasale. Dans ses écrits cependant Ziem a surtout eu en vue les suppurations highmoriennes, tandis que, d'après notre expérience, ce sont plutôt les sinusites frontales et sphénoïdales qui simulent l'affection nasale sus-mentionnée.

Huit de nos malades étaient fortement incommodés par le rejet de gros paquets de pus épais, retombant dans l'arrière-gorge au moment des repas et qui provoquaient des nausées. Dans plusieurs cas, nous avons trouvé, comme complications des sinusites, des *gonflements* et des *abcès des amygdales palatine et pharyngée*. Ziem (5 et 6) a déjà signalé avant nous cette complication.

Liebe (7) a publié un cas d'abcès rétro-pharyngien provoqué par une sinusite maxillaire, et Manchot (8) a présenté à la Société de Médecine de Hambourg les pièces anatomiques d'un diabétique qui s'alita avec des symptômes typhiques, douleurs dans la nuque, etc... Au septième jour de la maladie survint

une tuméfaction de la rate et des taches rosées ; le diagnostic de fièvre typhoïde semblait donc certain ; mais à l'autopsie, on trouva l'intestin indemne et une coupe à travers le crâne permit de découvrir la cause de l'affection. On trouva du pus dans le sinus sphénoïdal et un phlegmon rétro-pharyngien.

3° YEUX. — Les complications oculaires sont surtout observées par les oculistes « doublés d'un rhinologiste. » Les affections oculaires qui surviennent à la suite des suppurations maxillaires ont été étudiées notamment par Ziem. Ce serait dépasser le cadre de ce travail que de vouloir mentionner ici le grand nombre de travaux (plus de 100) qui ont trait à des complications oculaires. Pour notre part, nous n'avons eu l'occasion que d'observer les cas suivants : trois cas de dacryocystite, dont deux dus à la suppuration de plusieurs sinus et un à la suppuration de l'antre d'Highmore ; deux cas d'exophtalmie : l'un a déjà été mentionné plus haut à propos d'une sinusite maxillaire avec distension des parois qui simulait un coryza caséux ; l'autre cas concerne une malade atteinte de sinusite frontale gauche avec irruption du pus dans l'orbite. Cette exophtalmie disparut complètement au bout de trois mois environ à la suite d'injections pratiquées par voie endo-nasale (ce cas a été publié par G. Martin (9)). Une fois nous avons noté une injection intense des veines rétiniennes chez un malade qui depuis 24 ans souffrait d'un empyème du sinus frontal. Lorsque la suppuration fut tarie au bout d'un an de traitement, par des injections à travers l'orifice naturel, les veines rétiniennes recouvrèrent leur aspect normal. (Les détails de cette observation se trouvent dans notre travail sur l'empyème du sinus frontal (10)).

Dans deux cas, il existait une atrophie du nerf optique limitée chez l'un des malades à une partie de la rétine seulement. C'est cette même malade qui avait une suppuration du sinus frontal avec irruption du pus dans l'orbite. Dans l'autre cas, l'atrophie du nerf optique était probablement due à une sinusite sphénoïdale. Une fois nous avons noté une inégalité pupillaire chez une malade atteinte de sinusite sphénoïdale.

4° OREILLES. — Dans un travail antérieur (11) nous avons déjà émis l'opinion que, chez l'adulte, les empyèmes des sinus

jouaient dans l'étiologie des otites le même rôle que les végétations adénoïdes chez l'enfant.

Quinze fois nous avons observé une otite suppurée ancienne ou récente (une fois compliquée de mastoïdite), sept fois une otite subaiguë, quatorze fois une otite moyenne chronique avec ou sans obstruction des trompes. Nous avons aussi noté neuf fois des bourdonnements nerveux et trois fois du vertige. Robertson (12) a également dirigé l'attention sur la relation qui existe entre les affections auriculaires et sinusiennes.

5° COMPLICATIONS CRANIO-FACIALES. — La complication que nous avons le plus souvent observée (51 fois) est la céphalalgie sous ses diverses formes : hémicranie, douleurs frontale et occipitale, lourdeur de tête. Ce sont les sinusites sphénoïdale et frontale qui fournissent le plus grand contingent à cette complication.

Chez quatre malades, nous avons constaté une névralgie faciale liée à une sinusite maxillaire et chez quelques-uns une douleur vague à la racine du nez. L'évacuation du pus a toujours fait disparaître les douleurs.

D'autres auteurs, comme Bresgen (13), Heymann (14), Lœb (16), etc., ont déjà mentionné la corrélation qui existe entre les céphalalgies et les sinusites.

Quant aux graves complications intra-crâniennes dont on trouve plusieurs exemples dans la littérature et dont un cas intéressant a été rapporté dernièrement par Claoué (17), nous ne les avons pas observées. Nous avons seulement vu survenir chez un de nos malades des crises épileptiformes avec perte de connaissance, provoquées par le lavage du sinus sphénoïdal droit. Il est probable que la paroi postérieure de ce sinus était amincie, sinon détruite, et que le liquide injecté avait amené une compression passagère du cerveau. Au bout de vingt-quatre heures, tout rentra dans l'ordre.

6° AFFECTIONS CUTANÉES DE LA FACE. — Cinq de nos malades avaient des érysipèles à répétition parfois très graves. Cette complication s'explique aisément si on se rappelle que le streptocoque est un hôte fréquent des sinus malades. Certains auteurs admettent à tort, à notre avis, que l'érysipèle de la face est la cause de la sinusite ; nous croyons plutôt qu'il n'en

est que la conséquence. Ziem (18) en 1888, se basant sur sept cas, avait déjà insisté sur cette pathogénie de l'érysipèle.

L'eczéma de l'entrée du nez et l'eczéma pileaire de la lèvre supérieure ont été notés cinq fois. Chez un de nos malades, une séborrhée huileuse du front disparut pendant le traitement de ses empyèmes multiples. Dans cinq cas, un acné rosacé du nez et des joues fut amélioré par le traitement des sinusites maxillaires.

Dans deux cas nous avons observé à plusieurs reprises, notamment après injection de liquides antiseptiques assez concentrés, un *érythème* avec *œdème fugace* en placards de la joue. L'un de ces cas concernait un jeune homme atteint de sinusite frontale et sphénoïdale avec érysipèles à répétition, et l'autre a trait à une jeune fille qui a une sinusite sphénoïdale double avec complications pulmonaires.

Avellis (19) a déjà attiré l'attention sur l'apparition des œdèmes fugaces à la suite des empyèmes des sinus maxillaires. Avant que les affections des cavités accessoires du nez ne fussent connues, comme elles le sont aujourd'hui, Arnozan (20) avait fait ressortir la relation qui existe entre les affections profondes du nez et celles de la peau de la face. Chez ses malades il est probable qu'il s'agissait plutôt d'affection des sinus que de lésions nasales proprement dites.

Mentionnons aussi, pour mémoire, bien que cette complication ne doive pas figurer sous cette rubrique, un cas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires consécutif à un empyème du sinus maxillaire. A notre grand regret, le malade n'a pas consenti à faire soigner son sinus et a été perdu de vue.

II

7° COMPLICATIONS DE L'ARBRE BRONCHIQUE. — Du côté du larynx nous avons souvent constaté, au cours des sinusites, un catarrhe aigu ou subaigu, combiné deux fois avec un épaississement des cordes et plusieurs fois avec une parésie des constricteurs de la glotte.

PSEUDO-PHYMIE. — Cette complication importante et loin d'être très rare mérite d'attirer d'une façon toute spéciale l'attention du praticien. Elle n'a été signalée qu'en passant ou même pas du tout, bien que Lieutaud (21) en 1733, ait rapporté l'histoire d'un malade qu'il croyait avoir succombé à la suite d'une « fonte pulmonaire » et chez lequel on découvrit à l'autopsie une affection purulente des sinus maxillaires, frontaux et sphénoïdaux.

Chez sept de nos malades, plusieurs confrères des plus distingués avaient à maintes reprises diagnostiqué une tuberculose pulmonaire; nous avons vu qu'il ne s'agissait nullement de cette affection, mais simplement de processus broncho-pneumoniques passagers, sous la dépendance des empyèmes des sinus. On trouvait bien surtout au niveau des sommets des signes de congestion avec râles sous-crépitaux ou seulement rudesse du murmure vésiculaire à l'inspiration, mais plusieurs signes plaidaient contre le diagnostic de tuberculose pulmonaire : d'abord la date éloignée du début qui, parfois remontait à 10 ans et même davantage, la disparition et la réapparition fréquentes des symptômes, l'absence de bacille de Koch dans les crachats et enfin la prompte disparition de la lésion pulmonaire sous l'influence du traitement de la sinusite. Nous pensons qu'il s'agissait, dans ces cas, de broncho-pneumonies subaiguës causées vraisemblablement par la pénétration dans les bronches, surtout pendant le sommeil, de débris purulents qui s'écoulaient presque continuellement dans l'arrière-gorge des malades. Parfois une bronchorrée rebelle succédait à la pseudo-phymie. Un de nos malades (empyème latent double du sinus maxillaire), présentait les signes cliniques d'un abcès pulmonaire ou d'une pleurésie purulente interlobaire. Ce cas a déjà été publié (22).

Trois fois nous avons noté une toux opiniâtre qui ne disparaissait qu'après l'évacuation du pus des sinus. Cinq malades éprouvèrent des accès d'oppression qui firent penser à un asthme essentiel. Une de ces malades fut traitée par les premiers spécialistes de l'Europe et de l'Amérique du Nord qui pratiquèrent des cautérisations des cornets et donnèrent de l'iodure de potassium à l'intérieur. La découverte et le traite-

ment d'un empyème latent du sinus maxillaire droit fit diminuer le nombre et l'intensité des accès.

Ziem (23) mentionne bien, en passant, des complications pulmonaires consécutives aux sinusites maxillaires, mais il ne donne pas de détails sur les cas qu'il a observés.

Il n'y a guère que Hartmann (24) qui ait signalé l'observation d'un malade qu'on crut atteint de tuberculose pulmonaire et qui guérit par le simple traitement de la sinusite.

8° TROUBLES DU TUBE DIGESTIF. — Bien que nous n'ayons noté que quatre fois des troubles stomacaux (dyspepsie) et trois fois des affections intestinales (diarrhées rebelles alternant avec de la constipation), nous croyons ces complications plus fréquentes encore (1). Elles trouvent leur explication dans l'ingestion de quantités considérables de pus qui contient les microbes les plus divers.

Schwartz (25) et Avellis (19) ont fait des remarques analogues.

9° TROUBLES VASCULAIRES ET CARDIAQUES. — Chez un de nos malades atteint d'empyème de tous les sinus, on constata un ralentissement du pouls qui ne donnait que vingt-huit à trente deux pulsations à la minute : pendant la durée du traitement, le pouls se rapprochait de la normale. Chez deux malades atteints d'une sinusite maxillaire ancienne, nous avons relevé dans les antécédents deux cas de phlébite des membres inférieurs (2).

Un autre malade est mort d'insuffisance aortique. Il est, bien entendu, difficile de dire s'il s'est agi ici d'une simple coïncidence ou si l'affection suppurative des sinus n'a pas été le point d'origine d'une endocardite valvulaire. La même question se pose pour les affections rénales que nous avons rencontrées deux fois et pour les inflammations articulaires et les myalgies observées chez plusieurs de nos malades.

(1) Nous soignons en ce moment un nouveau malade atteint depuis des années de troubles dyspeptiques ; depuis quinze jours que nous traitons son sinus maxillaire gauche, ses troubles digestifs ont considérablement diminué.

(2) Une troisième malade qui ne figure pas dans cette statistique nous a rapporté, il y a quelques jours, qu'elle avait été plusieurs fois atteinte de phlébite.

Il ne nous paraît pas téméraire d'admettre la possibilité de ces manifestations *métastatiques*, d'autant que dans certains cas il y a eu résorption permanente de matières septiques. Chez une de nos malades atteinte d'un empyème double du sinus sphénoïdal, nous retirons à chaque lavage huit à dix grammes de muco-pus, et une heure après la sécrétion est aussi abondante.

Parmi les auteurs qui ont signalé de semblables métastases, nous citerons Bayer (26) qui a décrit un cas de phlegmon de la jambe, consécutif à un empyème du sinus maxillaire et Schech (27) qui a observé une affection douloureuse du genou chez un de ses malades et une néphrite aiguë chez un autre. Mais c'est surtout Ziem (23) qui a rapporté un grand nombre de localisations métastatiques diverses.

III

AFFECTIONS GÉNÉRALES. — L'affaiblissement général avec amaigrissement a été observé dix fois. Le poids des malades augmenta parfois de plus de dix kilos par le seul traitement de l'affection locale.

La *fièvre* ou simplement des poussées fébriles existaient dans quatre cas. L'insomnie a été observée trois fois. Chez trois autres malades nous avons noté, au contraire, une *somnolence* invincible pendant la journée; ces malades s'endormaient sur leur travail. Deux de nos malades ne pouvaient concentrer leurs idées (*aproxexie*); plusieurs présentaient les symptômes de la *cérébrasthénie*, et quatre fois je constatai une *mélancolie* prononcée.

Un garçon de dix ans, atteint d'une suppuration des deux sinus sphénoïdaux, avait des *pertes de connaissance* subites, ressemblant au *petit mal* épileptique. Ces crises, suivies de céphalalgies occipitales, disparurent en même temps que la suppuration des sinus sphénoïdaux, relativement très spacieux pour un enfant de cet âge.

Parmi toutes les affections que nous venons d'énumérer, il se peut que certaines ne soient le résultat que d'une simple

coïncidence ; mais avant de les noter, nous avons pris soin de nous mettre en garde contre la plupart des causes d'erreur, et nous pensons que, dans la grande majorité des cas, nous avons eu affaire à des complications véritables, étroitement liées à la suppuration des sinus.

TRAITEMENT

Comme traitement, nous avons eu surtout en vue la cause de ces complications. Nous avons donc pratiqué des lavages antiseptiques réguliers des diverses cavités.

Pour le *sinus maxillaire*, la meilleure méthode de traitement nous a semblé être l'ouverture plus ou moins large par l'apophyse alvéolaire et par la fosse canine, lorsque les dents étaient saines et qu'aucune d'elles ne manquait.

Pour le traitement des *sinus frontal* et *sphénoïdal*, il nous a toujours suffi de laver ces cavités par leurs orifices naturels. Nous avons été souvent obligé d'enlever le cornet moyen, en partie ou en totalité, et parfois aussi d'élargir leurs orifices. Dans nos travaux antérieurs (10 et 11), nous avons déjà donné des renseignements détaillés sur ce traitement.

Dans ces derniers temps, plusieurs voix se sont élevées contre le traitement de la sinusite frontale par l'orifice naturel. Nous ne voulons point avancer que ce traitement soit possible et applicable dans tous les cas. Si nous nous trouvions en présence d'une forme grave avec fièvre et symptômes cérébraux, nous procéderions à l'ouverture immédiate du sinus par voie externe ; mais dans les formes latentes et même dans les sinusites frontales classiques avec distension de la paroi orbitaire, sans troubles inquiétants, le traitement par voie nasale doit être au moins tenté. De même que la laryngologie procède depuis longtemps par voie endo-laryngée pour le traitement des affections de l'organe vocal, de même la rhinologie doit procéder par voie endo-nasale pour la cure des maladies du nez. Les cas de sinusite frontale que nous avons traités et guéris par voie endo-nasale et qui ont été rapportés par G. Martin (9) et nous même (10), prouvent que le traitement intra-nasal est souvent possible et couronné de succès.

Quant au sinus sphénoïdal, il n'y a qu'un seul mode de traitement qui soit applicable, c'est le traitement nasal. Il sera exceptionnel de rencontrer des cas où l'on devra avoir recours à l'ouverture du sinus par l'orbite après l'ablation du bulbe de l'œil. Berg (28) est le seul qui ait signalé une intervention de ce genre qu'il a eu l'occasion de pratiquer.

Tel est, brièvement résumé, le traitement que nous avons appliqué chez nos malades. Bien que nous n'ayons pas, dans tous les cas, réussi à tarir entièrement la suppuration, nous avons toujours amélioré l'état des malades et le plus souvent guéri les complications auxquelles les sinusites avaient donné naissance.

BIBLIOGRAPHIE

1. ZIEM. — Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn, Dr Gerber : Ueber Retronasalkatarrh und die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit (*Therapeut. Monatsh.* n° 4, 1890).
2. ZIEM. — Über den Nachweis der Naseneiterung im Allgemeinen. Bemerkungen über die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit (*Monatsschr. f. Ohrenh.* n° 7, 1890).
3. ZIEM. — Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr Poelchen, zur Anatomie des Nasenrachenraumes (*Virchow's Archiv.* 1890, Bd. 119, p. 569).
4. ZIEM. — Nochmals die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit (tirage à part de la *Wien. klin. Woch.* 1892, n° 6).
5. ZIEM. — Über die Ursachen der Anschwellung der Rachentonsille (*Allg. med. Centralzeitung.* n° 16, 1887).
6. ZIEM. — Zur Entstehung der Peritonsillitis, etc. (*Monatsschr. f. Ohrenh.* n° 9, 1888).
7. LIEBE, G. — Ueber einen Fall von Retropharyngealabscess durch Kieferhöhleneiterung (*Monatsschr. f. Ohrenh.* n° 12, 1893).
8. MANCHOT. — Eiter in den Keilbeinhöhlen und pharyngeale Phlegmone (*Aerztl. Verein in Hamburg* 5 déc. 1893 ; in *Munch. med. Woch.* n° 50, 12 déc. 1893).
9. MARTIN G. — Tumeurs de l'orbite causées par sinusite frontale. (Soc. franç. d'ophtalmol. Paris, 7-10 mai 1894 : in *Annales d'oculistique*, sept. 1894 ; voir aussi *Journal de Med. de Bordeaux* 16 et 30 juillet 1893 et 6 mai 1894).
10. LICHTWITZ L. — De l'empyème « latent » du sinus frontal diagnostiqué et traité par voie naturelle (*Annales des maladies de l'oreille* n° 2 et 8, 1893).

11. LICHTWITZ L. — Les maladies des sinus ou cavités accessoires du nez (*Bulletin médical*, n° 85 et 86, 1893).
 12. ROBERTSON. — On implication of the ear by disease of the nose and naso-pharynx (The British medic. association 1893 ; in *Journal of Laryngol.* n° 9, 1893, p. 445).
 13. BRESGEN, M. — Der Kopfschmerz bei Nasen-und Rachenleiden (*Munch. med. Woch.* n° 5, 31 janvier 1892, et Leipzig chez A. Langhammer, 1894).
 14. HEYMANN, P. — De la céphalalgie dans les affections nasales (*Arch. de laryngol. etc.*, n° 5, 1893).
 15. LOEB. — Nasal headaches (*Transactions of the Missouri State medic. association*, 1893).
 16. SCHEINMANN, J. — Habituellem Kopfschmerz als Hauptsymptom verschiedener Nasenleiden (*Berl. klin. Woch.* n° 49, 50 et 51, décembre 1893).
 17. CLAOUÉ, R. — Empyème du sinus maxillaire gauche. Infection aiguë secondaire des sinus sus-nasaux gauches. Accidents méningitiques. Mort. (*Revue de laryngol.* n° 17, 1895).
 18. ZIEM. — Zur Genese der Gesichtsröthe (*Deutsche med. Woch.* n° 19, 10 mai 1888).
 19. AVELLIS. — Einige kurze Bemerkungen zur Lehre vom Kieferhöhlenempyem (*Archiv. f. Laryngol. u. Rhinol.* II, 3. 1895).
 20. ARNOZAN. — Sur les relations entre les affections cutanées du nez et les affections profondes des fosses nasales (Assoc. française pour l'avancement des sciences, 16^e session. Toulouse, 1887. Compte rendu, 2^e partie, p. 801).
 21. LIEUTAUD. — Abscess des sinus frontaux, sphénoïdaux et maxillaires. Mort (*Mémoires de l'Acad. royale des sciences*. Paris 1735, p. 18).
 22. LICHTWITZ L. — Du diagnostic de l'empyème latent de l'antre d'Highmore par le lavage explorateur (*Bulletin médical*, n° 86, 26 octobre 1890).
 23. ZIEM. — Ueber metastatische Erkrankungen bei Nasenleiden (*Monatsschr. f. Ohrenh.* n° 11. 1889).
 54. HARTMANN, A. — Zur Casuistik der Highmorshöhlenempyeme. (*Deutsche. med. Woch.* n° 50, 1889).
 25. SCHWARTZ. — Empyem der Highmorshöhle (*Breslauer aerztl. Zeitschr.* 3. 1889, analyse de l'Intern. Centralbl. f. Laryngol. etc. 1889, p. 293).
 26. BAYER, L. — Beitrag zum Studium und zur Behandlung des Empyems der Highmorshöhle (*Deutsche. med. Woch.* n° 10, 1889).
 27. SCHECH, PR. — Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase (4^e Aufl. 1892, p. 350-351).
 28. BERG, L. — (Nordisk. Med. Arch. XXI, n° 3. analyse du *Journ. of laryngol.* n° 9, 1890, et de l'Intern. Centralbl. f. Laryngol. VII, p. 359).
-

MODIFICATION A LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA PERFORATION DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

Par le Dr **A. COURTADE**, ancien interne des hôpitaux.

Deux conditions différentes peuvent commander l'intervention opératoire : ou bien il existe une fistule osseuse, ou bien il s'agit d'une mastoïdite aiguë avec tous les signes locaux ou généraux qui accompagnent cette complication purulente.

Si, dans le premier cas, on peut se servir de la fistule pour arriver dans l'antrum, c'est à la condition que la perforation spontanée ne siège pas trop loin du lieu d'élection où la mastoïde doit être trépanée.

Lorsqu'il s'agit d'une complication aiguë de l'apophyse mastoïde, on doit, dans tous les cas, pour éviter les accidents opératoires, ouvrir le temporal au point dit d'élection, situé à quelques millimètres en arrière du conduit auditif et dont la limite supérieure est bornée par une ligne rasant le bord supérieur du conduit auditif.

La technique suivie aujourd'hui par les chirurgiens est la suivante : après incision des parties molles et décollement du périoste jusqu'au conduit auditif osseux, l'opérateur introduit dans la portion cartilagineuse du méat un corps résistant, tel qu'une sonde cannelée, qu'il fait saillir en arrière du côté de la plaie, pour indiquer le point où correspond le bord supérieur du conduit ; il reconnaît alors avec le doigt le relief de l'instrument, à travers les parties molles et cherche la légère éminence osseuse qui constitue la spina supra méatum ; dès lors le siège est fixé, il ne reste plus qu'à attaquer l'os. Cette manœuvre si simple en théorie est loin de l'être autant en pratique, à moins de faire une très grande incision cutanée ; il n'est pas

toujours facile de sentir la sonde à travers les tissus assez épais du conduit et la spina supra meatum est assez souvent assez peu prononcée pour qu'on ne puisse pas la reconnaître avec le doigt et encore moins la voir.

Pour éviter ces recherches assez laborieuses, nous avons fait construire un écarteur qui fixe d'une façon méthodique le point où l'on doit trépaner.

C'est une spatule de trousse coudée, dont l'extrémité a été rétrécie de façon à laisser un bec de trois millimètres de long sur le prolongement de la crête médiane que présente l'une des faces de cet instrument ; comme la spatule a neuf millimètres de large, il en résulte un épaulement de trois millimètres de chaque côté du bec (*fig. 1*).

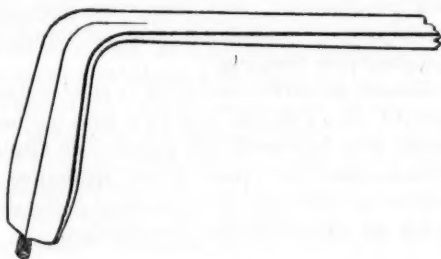


Fig. 1.

Voici la technique que nous avons adoptée : après l'incision des parties molles, à deux ou trois millimètres en arrière du sillon rétro-auriculaire, le périoste est décollé au niveau de l'apophyse et de la face postérieure du conduit auditif mais dans une étendue très faible ; l'écarteur spatule est alors placé de façon que son bec soit à peu près vers le milieu de la paroi postérieure du méat osseux et vienne s'arc-bouter contre celle-ci, lorsque l'aide le tire en avant ; l'écarteur ne peut s'enfoncer dans le conduit auditif, parce que l'épaulement qui existe de chaque côté du bec vient s'appuyer sur le bord du méat ; l'opérateur n'a plus qu'à attaquer l'os à quelques millimètres en arrière de la spatule et dans l'étendue que présente la largeur de celle-ci, pour être sûr de se trouver dans la zone non dange-

reuse ; s'il ne faut pas attaquer l'os plus haut que le bord supérieur de l'écarteur qui correspond à la spina supra méatum, il n'y a point d'inconvénient à dépasser sa limite inférieure, s'il y a lieu de supposer l'existence d'un abcès ou d'une carie de la pointe de l'apophyse.

Chez l'enfant, où la mastoïde doit être ouverte dans une moindre étendue que la largeur de l'écarteur (neuf à dix millimètres), on se guidera sur la crête de l'instrument qui se trouve sur la ligne médiane qui correspond très sensiblement au milieu de la paroi postérieure du méat osseux.

Outre l'avantage d'indiquer le siège d'élection de la perforation à pratiquer, notre écarteur spatule agit encore comme hémostatique en comprimant sur une assez large surface la lèvre antérieure de la plaie cutanée ; si le suintement sanguin est un peu trop abondant, nous interposons entre celle-ci et l'instrument quelques épaisseurs de gaze iodoformée qui rendent l'hémostase plus complète.

Le décollement des parties molles sur la paroi postérieure du conduit auditif, dans l'étendue de deux à trois millimètre, est indispensable pour insinuer le bec rugueux de l'instrument ; le léger traumatisme qui résulte de son application est sans conséquence et les opérations que nous avons pratiquées par ce procédé n'ont été suivies d'aucune complication.

III

MASTOIDITE A ÉPANCHEMENT SERO-MUQUEUX. ÉVACUATION PAR COMPRESSION DE L'AIR DANS LE CONDUIT AUDITIF

Par le Dr **A. COURTADE**, ancien interne des hôpitaux.

Dans les inflammations aiguës de l'oreille moyenne, on sait que l'apophyse mastoïde participe, dans un grand nombre de cas, sinon dans tous, au processus inflammatoire de la muqueuse voisine. L'analogie de structure, la communication facile d'une cavité à l'autre, sont autant de facteurs qui favorisent l'extension de la maladie aux deux régions connexes.

A part les cas de mastoïdite suppurée, qui s'annoncent par des phénomènes plus ou moins accusés et qui commandent l'intervention immédiate, on ignore encore, dans bien des cas, la nature du processus dont la mastoïdite est le siège.

Qu'à une certaine période de la mastoïdite, on suppose que l'épanchement n'est pas encore purulent, mais analogue à celui qui inonde la caisse, c'est-à-dire, séro-muqueux, la logique invite à admettre une pareille conclusion : mais il restait à prouver le fait, à démontrer le bien fondé de cette assertion, sans avoir recours à une opération osseuse, d'ailleurs inutile et que rien n'oblige à pratiquer.

Nous avons rencontré deux cas qui mettent le fait en évidence et qui sont d'ailleurs fort intéressants à un autre titre.

obs. 1. — M^{me} C. Antoinette, 32 ans, voit, à la suite de vives contrariétés, les règles s'arrêter brusquement au bout de deux jours, alors qu'elles durent six à huit jours d'ordinaire.

Les règles reparaissent le mois suivant, mais sont très peu abondantes.

A partir du jour où les règles se sont suspendues, elle éprouve des douleurs très vives dans toute la tête, particulièrement le soir ; trois ou quatre fois par jour sensation de vertige avec nausées : les étourdissements ont un peu diminué de violence depuis un mois environ.

Depuis huit jours l'oreille droite est devenue douloureuse ; la malade ressent comme des coups de lance dans toute la tête et aussi du côté de l'oreille gauche ; un vésicatoire qu'elle a jugé à propos de placer derrière chaque oreille n'a produit aucun soulagement.

Diminution notable de l'ouïe à droite ; autophonie. Elle vient me consulter à l'hôpital Lariboisière le 6 avril 1893, six mois après le début des accidents.

A l'examen je constate que le tympan droit, uniformément rosé avec très légère infiltration, n'a pas perdu son poli. A gauche, le tympan est recouvert d'épiderme macéré qui forme une nappe blanche. Après nettoyage la membrane présente dans sa moitié postérieure une voussure externe en forme de colonne.

La paracentèse pratiquée dans le segment inférieur du tympan ne donne issue à aucun liquide.

Appliquant alors le speculum de Siegle dans le conduit, je presse sur la poire, et aussitôt un flot de liquide citrin se précipite contre la glace et en trois pressions l'instrument est à peu près rempli.

L'abondance du liquide est telle que des confrères, qui observaient la malade pendant l'opération se demandent, assez haut pour que je l'entende, si je n'avais pas perforé les méninges et donné issue au liquide céphalo-rachidien.

La malade, revue trois jours après, raconte qu'il s'est écoulé encore du liquide clair pendant trente-six heures et qu'elle était très soulagée ; elle avait dormi pendant toute la nuit précédente. Elle cesse de venir avant la guérison complète de son otite moyenne, mais elle allait fort bien lors de la dernière consultation.

obs. 11. — M^{me} G... couturière, 38 ans, a vu survenir une otite moyenne aiguë à gauche, sans cause reconnue, au mois de janvier 1893.

Vient me consulter seulement le 19 mars où je constate une otite suppurée gauche, sans complication. Le 4 avril il survient un gonflement qui descend à trois travers de doigt de l'oreille gauche et s'étend en arrière jusqu'à la partie moyenne de l'apophyse mastoïde ; la pression du doigt laisse un godet ; les mouvements de la tête sont un peu gênés et douloureux.

Le 9 avril, sans paracentèse préalable, puisque la perforation du tympan est assez grande, je pratique la compression de l'air dans le conduit auditif avec le Siegle qui se remplit aussitôt d'un liquide citrin, semblable à celui du premier cas.

Le gonflement sous-auriculaire disparaît sans opération et la malade guérit de son otite moyenne quelque temps après.

Ces deux observations suscitent plusieurs questions que nous allons exposer.

Nature et abondance du liquide. — Le liquide ainsi évacué était jaune citrin, de la couleur de l'urine du matin ; en vidant le spéculum, on constatait la présence du mucus filant en assez grande quantité.

Malheureusement, l'examen chimique et bactériologique n'a pu être fait, le liquide ayant été jeté par mégarde, mais cette lacune pourra être facilement comblée plus tard.

L'abondance du liquide a lieu de surprendre, puisqu'elle n'a pas été sans jeter, avec raison, quelque étonnement parmi ceux qui ont assisté à l'opération ; dans nos deux cas, le spéculum métallique de Siegle en a été à peu près rempli.

Provenance du liquide. — Il serait puéril d'admettre que la caisse seule peut contenir une telle quantité de liquide ; il faut donc qu'il provienne des cellules mastoïdiennes et que la communication des deux cavités soit large et facile. L'idée qu'il pourrait s'agir du liquide céphalo-rachien ne mérite même pas l'examen, car tout milite contre cette opinion. Si, dans le premier cas, l'évacuation a été précédée de la paracentèse du segment inférieur du tympan, qui ne pouvait en aucune façon léser les méninges, même en admettant une déchissance étendue du toit de la caisse, dans la deuxième observation, il n'a été fait aucune intervention opératoire avant l'expulsion du liquide ; de plus, la couleur et la présence du mucus en assez grande abondance dans la sérosité suffiraient à faire rejeter une pareille hypothèse.

La notion de quantité de liquide nous permet déjà de conclure, que l'apophyse mastoïde, dans ces cas, est formée de larges cellules pneumatiques, communiquant largement entre elles, car un tissu diploétique ou scléreux ne pourrait renfermer dans ses étroites mailles une telle quantité de sérosité.

Mécanisme de l'évacuation. — *A priori* on pourrait croire que l'aspiration eût été aussi efficace pour attirer le liquide ; il n'en est rien et c'est, précisément, devant l'insuccès de l'aspiration que nous avons refoulé de l'air dans les cavités de l'oreille.

Certains points du mécanisme de l'évacuation du liquide et sa projection brusque, violente, en bouillonnant dans le spéculum de Siegle sont difficiles à expliquer au point de vue physique.

Nous avons tenté de répéter cette expérience avec des flacons de verre sans avoir pu réussir ; la même épreuve, renouvelée sur des malades qui paraissaient être dans les mêmes conditions que les deux autres, est restée sans effet.

On peut admettre, pour expliquer ce phénomène en apparence paradoxal, que l'air projeté sous une certaine pression dans les cellules pneumatiques, complètement remplies de liquide, déplace celui-ci et le remplace ; l'aspiration ne peut avoir le même effet parce que les cellules sont trop pleines et que le liquide ne peut être refoulé puisqu'il ne peut être remplacé par l'air que l'on raréfie.

Certaines conditions doivent exister pour que la compression de l'air réussisse à expulser l'épanchement : large ouverture du tympan, *aditus ad antrum* vaste et non fermé par des replis muqueux ou des exsudats de nouvelle formation, apophyse mastoïde pneumatique à grandes alvéoles.

Comme la mastoïdite à épanchement séreux ne se traduit par aucun symptôme particulier, il sera impossible de prévoir les cas où la manœuvre du spéculum amènera du liquide ou non ; car nous ne connaissons pas encore assez exactement les conditions anatomiques de l'évacuation.

Peut-être des études ultérieures permettront-elles d'élucider quelques points obscurs de la question ; nous avons tenu néanmoins à publier ces deux cas pour provoquer de nouvelles recherches, nous promettant d'étudier plus minutieusement les cas qui pourraient survenir.

CONCLUSIONS

Dans certaines otites moyennes aiguës suppurées, l'apophyse mastoïde participe au processus inflammatoire et se remplit d'un liquide séro-muqueux.

Cette mastoïdite à épanchement ne se traduit pas par des symptômes généraux ou locaux aussi accusés que la mastoïdite suppurée.

L'évacuation du liquide peut être pratiquée et réussit dans certains cas par la simple compression de l'air dans le conduit auditif avec le spéculum de Siegle.

IV

SUR LA PARACOUSIE DE WILLIS

Par le Dr **D'AGUANNO** (de Palerme) ⁽¹⁾

Ainsi qu'on le sait, de nombreuses hypothèses ont été émises sur l'étiologie de la paracousie de Willis. D'après quelques auteurs, on a affaire à des lésions chroniques de l'oreille moyenne; d'après certains autres, à une torpeur particulière du nerf acoustique; il y en a enfin qui associent la torpeur à la lésion de la caisse, croyant résoudre ainsi la question.

Parmi les premiers, Troeltsch, tout en constatant que la majeure partie des sourds entend mieux au milieu du bruit parce qu'on est obligé de leur parler à haute voix et dans une pièce close, ne peut nier cependant certaines observations de surdité vraie paradoxale dans lesquelles les bruits forts sont la *condition sine qua non* de l'audition: il explique ces cas par une légère interruption des osselets de la chaîne.

Le Prof. Politzer a constaté que chez ces malades l'amélioration est réelle, car son acoumètre est mieux entendu au milieu du bruit; il croit qu'il s'agit d'une rigidité de la chaîne que les bruits puissants arrivent à secouer, d'où amélioration de l'audition.

Pourtant, si l'hypothèse de Troeltsch n'est pas encore démontrée, celle de Politzer est bien difficile à concevoir. Si nous admettons en effet que la surdité paradoxale est la conséquence d'une rigidité de la chaîne (et non celle d'une ankylose complète, car en ce cas toute vibration sonore serait inutile),

(1) Mémoire lu au Congrès international d'otologie de Florence, septembre 1895.

on devrait la rencontrer au début de toutes les ankyloses, fausses ou vraies, comme un épiphénomène de la surdité véritable et complète, et non pas comme un fait isolé indépendant du degré et de la forme de l'affection otitique. Donc si cette anomalie se rencontre parfois, elle doit être imputée à une autre cause, ou du moins quelque autre facteur y intervient.

Saint-John Roosa émet des doutes à cet égard. D'après lui, la surdité paradoxale serait toujours la conséquence d'une lésion chronique non purulente de la caisse, dont l'origine résiderait dans une modification de la chaîne. Mais laquelle ? Müller, au contraire, et ses partisans rapportent ce phénomène à une torpeur du nerf acoustique. En effet, l'amélioration de l'audition dans le cas d'Urbantschitsch se serait prolongée durant vingt-quatre heures à la suite d'un voyage en chemin de fer.

Je ne nie pas que parfois cette surdité ne soit provoquée par une torpeur de l'organe de la perception en particulier dans les formes hystériques, et j'admets que le nerf entrerait en fonction sous une forte et continuelle excitation sonore, telle que le bruit d'une voiture ou d'un wagon ; toutefois nous ne pouvons pas ériger cette opinion en loi, car la preuve fonctionnelle et l'exploration objective de l'organe auditif ne parlent pas toujours en faveur d'une telle torpeur, ainsi que le prouve l'observation suivante qui m'est personnelle.

Barthélemy Riccobono, âgé de 34 ans, négociant en alcools, de Palerme, depuis plus de quatre ans, sans cause appréciable, est atteint d'une diminution d'audition graduelle et progressive accompagnée de bruits subjectifs bilatéraux. Le malade vient me consulter, surtout pour sa surdité qui, bien souvent, l'empêche de vaquer à ses occupations. Il me fait, en outre, observer que son ouïe s'améliore notablement au milieu du bruit extérieur, de telle sorte que sa surdité augmente en raison directe du silence et à l'inverse du bruit. La nuit, par exemple, elle est bien plus marquée que dans le jour lorsque commencent les bruits habituels : en voiture elle est moindre que pendant la marche.

Examen fonctionnel : voix basse ; zéro des deux côtés ; voix de conversation perçue à 20 centimètres ; voix haute à 40 centi-

mètres. Acoumètre de Politzer, à peine au contact des pavillons ; bien marqué, au contraire, sur la mastoïde. D. V. non latéralisé, R. négatif. Sifflet de Galton dans la ligne 0,8 tout près de l'oreille. Au piano, il n'entend pas la dernière octave. Une particularité digne d'être mentionnée, c'est que le malade perçoit bien la voix ordinaire lorsqu'on lui parle devant un carton qu'il tient entre ses dents.

L'affection n'est pas héréditaire. Le malade n'a eu ni syphilis ni autre maladie qui ait affecté l'oreille. Il n'a pas abusé des alcools, mais seulement du tabac.

A l'exploration otoscopique les membranes tympaniques se montrent un peu opaques : le triangle lumineux est légèrement raccourci, la courte apophyse est saillante, peu mobile par le Valsalva. Le cathétérisme apporte une très légère amélioration à droite (acoumètre à un centimètre), rien à gauche. A l'exploration des organes voisins, on trouve une hypertrophie de la muqueuse nasale et une pharyngite granuleuse chronique assez intense, qui semble être la cause directe des lésions chroniques de la caisse.

Dans cette observation, il est évident qu'on ne peut expliquer la paracousie par l'hypothèse de Müller et d'Urbantschitsch, car l'examen fonctionnel et le port du carton parlent en faveur de l'intégrité du nerf acoustique : la lésion siège évidemment dans la caisse. Vouloir donc expliquer tous les cas de surdité paradoxale par la torpeur du nerf ce n'est pas aller toujours d'accord avec la clinique.

Je ne me déclare pas satisfait non plus de l'opinion de Gellé qui attribue la paracousie à une action dynamogénique produite par le bruit. Il resterait à savoir pourquoi la plus grande partie des sourds n'est pas dynamogénisée. La même remarque peut s'appliquer à une autre idée de Gellé qui, admettant comme un fait certain que souvent le bruit subjectif est seul cause du manque d'audition, croit que les bruits extérieurs en l'accentuant améliorent la surdité.

Ménière, dans son récent Manuel d'otologie clinique, se montre éclectique à cet égard : pour lui, il s'agirait d'une lésion de la caisse et de torpeur du nerf ; cependant, cette hypothèse ne me semble pas non plus satisfaisante, parce que nous voyons que, dans la plupart des cas, il existe une lésion

de la caisse sans torpeur du nerf et que, d'autre part, la torpeur implique rarement des lésions tympaniques. Du reste, dans une masse de cas de torpeur acoustique due à l'inaction de la chaîne et précisément dans l'ankylose de l'étrier on rencontre une surdité complète non paradoxale. Si nous admettons cette forme de surdité sans torpeur du nerf, mais par simple lésion de la caisse, il nous reste à en rechercher l'origine dans son contenu. L'otologie directe nous a révélé dans notre cas un catarrhe chronique de la caisse avec diminution de mobilité de la membrane tympanique, ce qui indiquerait une rigidité de la chaîne : cependant cela ne suffit pas pour nous expliquer la paracousie, et jusqu'à ce que l'autopsie résolve définitivement la question, j'incline à croire à une dissociation de la chaîne, d'après l'avis de Troeltsch ; ou à un ralentissement des ligaments des osselets, ou à quelque altération ou dégénérescence particulière des muscles tympaniques, dont l'action est encore mal connue, et que seuls les bruits violents peuvent exciter en améliorant l'audition. La rareté de ces faits pourrait seule nous expliquer le peu de fréquence de la paracousie.

Conclusions : 1° la surdité paradoxale est un phénomène symptomatique soit de torpeur du nerf acoustique, soit d'une lésion de la caisse.

2° L'affection tympanique qui l'occasionne pourrait se rapporter soit à l'interruption de la chaîne des osselets, soit au ralentissement des ligaments des osselets, soit à la dégénérescence des muscles intra-tympaniques, mais nous ne possédons jusqu'ici aucune preuve certaine.

mètres. Acoumètre de Politzer, à peine au contact des pavillons ; bien marqué, au contraire, sur la mastoïde. D. V. non latéralisé, R. négatif. Sifflet de Galton dans la ligne 0,8 tout près de l'oreille. Au piano, il n'entend pas la dernière octave. Une particularité digne d'être mentionnée, c'est que le malade perçoit bien la voix ordinaire lorsqu'on lui parle devant un carton qu'il tient entre ses dents.

L'affection n'est pas héréditaire. Le malade n'a eu ni syphilis ni autre maladie qui ait affecté l'oreille. Il n'a pas abusé des alcools, mais seulement du tabac.

A l'exploration otoscopique les membranes tympaniques se montrent un peu opaques : le triangle lumineux est légèrement raccourci, la courte apophyse est saillante, peu mobile par le Valsalva. Le cathétérisme apporte une très légère amélioration à droite (acoumètre à un centimètre), rien à gauche. A l'exploration des organes voisins, on trouve une hypertrophie de la muqueuse nasale et une pharyngite granuleuse chronique assez intense, qui semble être la cause directe des lésions chroniques de la caisse.

Dans cette observation, il est évident qu'on ne peut expliquer la paracousie par l'hypothèse de Müller et d'Urbantschitsch, car l'examen fonctionnel et le port du carton parlent en faveur de l'intégrité du nerf acoustique : la lésion siège évidemment dans la caisse. Vouloir donc expliquer tous les cas de surdité paradoxale par la torpeur du nerf ce n'est pas aller toujours d'accord avec la clinique.

Je ne me déclare pas satisfait non plus de l'opinion de Gellé qui attribue la paracousie à une action dynamogénique produite par le bruit. Il resterait à savoir pourquoi la plus grande partie des sourds n'est pas dynamogénée. La même remarque peut s'appliquer à une autre idée de Gellé qui, admettant comme un fait certain que souvent le bruit subjectif est seul cause du manque d'audition, croit que les bruits extérieurs en l'accentuant améliorent la surdité.

Ménière, dans son récent Manuel d'otologie clinique, se montre éclectique à cet égard : pour lui, il s'agirait d'une lésion de la caisse et de torpeur du nerf ; cependant, cette hypothèse ne me semble pas non plus satisfaisante, parce que nous voyons que, dans la plupart des cas, il existe une lésion

de la caisse sans torpeur du nerf et que, d'autre part, la torpeur implique rarement des lésions tympaniques. Du reste, dans une masse de cas de torpeur acoustique due à l'inaction de la chaîne et précisément dans l'ankylose de l'étrier on rencontre une surdité complète non paradoxale. Si nous admettons cette forme de surdité sans torpeur du nerf, mais par simple lésion de la caisse, il nous reste à en rechercher l'origine dans son contenu. L'otologie directe nous a révélé dans notre cas un catarrhe chronique de la caisse avec diminution de mobilité de la membrane tympanique, ce qui indiquerait une rigidité de la chaîne : cependant cela ne suffit pas pour nous expliquer la paracousie, et jusqu'à ce que l'autopsie résolve définitivement la question, j'incline à croire à une dissociation de la chaîne, d'après l'avis de Troeltsch ; ou à un ralentissement des ligaments des osselets, ou à quelque altération ou dégénérescence particulière des muscles tympaniques, dont l'action est encore mal connue, et que seuls les bruits violents peuvent exciter en améliorant l'audition. La rareté de ces faits pourrait seule nous expliquer le peu de fréquence de la paracousie.

Conclusions : 1° la surdité paradoxale est un phénomène symptomatique soit de torpeur du nerf acoustique, soit d'une lésion de la caisse.

2° L'affection tympanique qui l'occasionne pourrait se rapporter soit à l'interruption de la chaîne des osselets, soit au ralentissement des ligaments des osselets, soit à la dégénérescence des muscles intra-tympaniques, mais nous ne possédons jusqu'ici aucune preuve certaine.

V

UN CAS DE DIPHTÉRIE CONJONCTIVO-PALPÉBRALE TRAITÉE PAR LA SÉRO-THERAPIE

par **H. RIPAUT**, interne des hôpitaux.

La séro-thérapie a déjà fait ses preuves en diphtérie oculaire ; néanmoins les cas publiés jusqu'à ce jour sont encore assez peu nombreux pour nous autoriser à leur joindre celui-ci.

Lièbe Eugénie, quatre ans, nous est adressée par le Dr Michaux (d'Aubervilliers), pour une conjonctivite des plus graves, nécessitant son entrée à l'hôpital.

L'aspect des yeux de l'enfant rappelle à première vue celui d'une ophtalmie purulente.

Les paupières celles surtout de l'œil droit, sont extrêmement tuméfiées ; la peau de coloration érysipélateuse ; le placement des écarteurs de Desmarres, assez difficile d'ailleurs, fait jaillir un liquide citrin louche, avec flocons nombreux de mucus.

On aperçoit alors la cornée, entourée d'une conjonctive fortement injectée et œdématiée, et paraissant saine en tous points ; la presque totalité de la face interne des paupières est tapissée d'une couenne grisâtre, excessivement adhérente ; celle-ci se prolonge sur tout le bord ciliaire et remonte sur les téguments à une hauteur de plus d'un centimètre ; seule la fausse membrane de l'œil gauche n'appartient qu'à la portion conjonctivale de la paupière inférieure ; ces fausses membranes cutanées ont une coloration gris noirâtre et sont enchâssées dans l'œdème cutané de voisinage ; en saisissant les paupières entre deux doigts, on est frappé, surtout à droite, de leur dureté, de leur résistance vraiment ligneuse ; pas d'hémorrhagie dans toutes les manœuvres d'examen.

Le ganglion préauriculaire droit est énorme et fait une saillie

considérable ; le gauche est moins développé ; pas d'adénopathie sous-maxillaire, ni cervicale.

Examen de la gorge et du nez négatif ; aspect général bon ; l'enfant mange assez bien ; et, dit la mère, ne paraît pas souffrir ; est plutôt gêné et agacé par le volume de ses paupières ; très légère albuminurie.

Voici maintenant les renseignements obtenus sur la marche des accidents.

Le 2 mai, l'enfant a été prise d'un rhume de cerveau assez intense, mais non persistant (trois jours à peine) ; aucune dysphagie à ce moment ; l'enfant boit facilement.

Le 23 mai, l'œil droit se prend, il rougit, sécrète ; et sur la paupière supérieure apparaît un point blanc, considéré d'abord comme un simple orgelet ; ce point blanc s'étend de plus en plus, et une véritable membrane envahit en deux jours les deux paupières ; l'œil gauche ne fut atteint que le 27 mai.

C'est le 31 mai que nous voyons l'enfant au matin ; et immédiatement, sur l'aspect de ses paupières lui faisons une première injection de 20^{es} de sérum de Roux.

Aussitôt à son arrivée, ensemencement, puis examen bactériologique le lendemain matin, révélant à M. Messenger, interne en pharmacie, qui avait bien voulu se charger de ces recherches, des colonies extrêmement nombreuses de bacilles de Löffler typiques, sans association de streptocoques ; l'examen bactériologique du mucus nasal et pharyngé avait au contraire montré pour ces régions une diphtérie associée.

Le lendemain de la première injection, c'est-à-dire, le 1^{er} juin, au soir, deuxième injection de 10^{es} ; dès le lendemain matin, les fausses membranes tendent manifestement à se détacher ; la désagrégation se prononce de plus en plus et marcha avec une telle rapidité que, le 6 juin, les fausses membranes cutanées avaient disparu, sans être remplacées par de nouvelles ; et le 8, celles de la conjonctive s'effaçaient à leur tour.

Dès le 5 juin, les paupières se détendaient assez pour laisser apercevoir la cornée, restée intacte.

Le 13 juin, l'enfant a quitté l'hôpital, avec un œil gauche sain, un œil droit encore un peu injecté seulement, mais en voie journalière d'amélioration de sa conjonctivite ; le seul petit point noir est que la paupière supérieure droite, atteinte d'ulcérations très profondes, mais, au départ de l'enfant, cicatrisées déjà presque complètement, a une tendance à l'ectropion, qu'il sera probablement nécessaire de corriger un peu plus tard.

Confiant dans l'examen bactériologique : diphtérie oculaire pure, nous avons donné le sérum, sans employer aucun traitement local ; des compresses boriquées étaient seulement en permanence sur les paupières ; aucun topique n'a été employé, ni aucun antiseptique ; on activa la cicatrisation des ulcères cutanés (alors que les fausses membranes avaient disparu) par des insufflations d'iodoforme.

N'oublions pas de mentionner aussi la disparition très rapide des tuméfactions ganglionnaires.

En recherchant le point de départ de l'infection, dont le coryza nous paraît avoir été la première manifestation (peut-être purement concomitante, il est vrai), nous avonsensemencé le mucus du pharynx du père et de la mère ; cette dernière avait souffert très légèrement de la gorge pendant un jour ou deux, la semaine qui précéda la diphtérie de son enfant ; le père n'avait présenté à aucun moment de manifestation morbide quelconque ; tous deux cependant possédaient de nombreuses colonies de bacilles de Löffler associés à des streptocoques ; et avaient ainsi transmis l'infection à leur petite fille.

Cette observation, qu'on nous excusera de ne pas avoir écourté davantage, montre bien quels services l'oculiste est en droit d'attendre de l'injection du sérum de Roux, dans les conjonctivites pseudo-membraneuses diphtériques ; et d'elle seule, dans les cas où ces bacilles existent à l'état de pureté ou tout au moins prédominant nettement ; les précautions d'asepsie n'ayant pour autre but que de prévenir, dans la mesure du possible, les infections secondaires, si funestes.

VI

SCARLATINE ET ANGINE DIPHTHÉRIQUE PRÉCOCE

Par **R. BEAUCHANT**, externe des hôpitaux.

Les angines pseudo-membraneuses que l'on voit survenir assez souvent au début de la scarlatine ont été bien étudiées récemment au point de vue bactériologique. Parmi les travaux assez nombreux qui ont été faits sur ce sujet, nous devons citer en première ligne la thèse de M. Bourges ⁽¹⁾. Cet auteur a examiné par cultures sur sérum 19 cas d'angines pseudo-membraneuses du début de la scarlatine ; il n'a constaté que dans un cas la présence du bacille de Lœffler. Il en conclut que l'angine pseudo-membraneuse précoce de la scarlatine n'est que très exceptionnellement diphthérique et il l'oppose à l'angine tardive qui reconnaîtrait le plus souvent pour cause le bacille de Lœffler.

Les faits avancés par M. Bourges furent confirmés depuis par nombre d'auteurs ; nous nous bornerons à citer les principaux :

Morel ⁽²⁾ examina douze cas d'angines à fausses membranes scarlatineuses ; une fois seulement le bacille de Lœffler était présent. Il s'agissait d'une angine tardive.

Tangl ⁽³⁾, sur sept cas d'angines pseudo-membraneuses de la scarlatine, n'a jamais trouvé de bacilles diphthériques. Cultures sur agar.

Kurth ⁽⁴⁾ ne trouva que des streptocoques et jamais de bacilles dans tous les cas d'angines scarlatineuses qu'il examina.

(1) BOURGES. — Les angines de la scarlatine. *Thèse*. Paris 1891.

(2) MOREL. — *Thèse*. Paris. 1891.

(3) TANGEL. — *Centralbl. für Bakter.* 1891. Volume X.

(4) KURTH — *Arbeit. aus des. Kais Gesundheitsamt*. Berlin, 1891.

Sørensen⁽¹⁾, sur treize cas d'angines scarlatineuses à fausses membranes n'a trouvé que des streptocoques et des microcoques.

Heubner⁽²⁾ a observé cent-quatorze angines pseudo-membraneuses, trente-six fois il s'agissait de pseudo-diphthérie et de ces trente-six cas dix relevaient de la scarlatine.

Ritter⁽³⁾ n'a vu qu'une fois le bacille sur trois angines scarlatineuses qu'il a observées.

Booker⁽⁴⁾ a observé onze cas d'angines à fausses membranes durant la scarlatine. Jamais il n'a vu de bacilles de Lœffler.

Hallock Park⁽⁵⁾ n'a constaté que deux fois la présence du bacille sur dix-neuf cas d'angines scarlatineuses à fausses membranes.

Dans un mémoire présenté à la Société Clinique de Londres, Goodall et Washbourn⁽⁶⁾ disent : « L'inflammation pseudo-membraneuse de la gorge, observée au début de la scarlatine, n'est pas de nature diphthérique, car dans quatre cas de cette nature, examinés bactériologiquement, le bacille de Lœffler fit toujours défaut. Cliniquement, ce n'est pas non plus de la diphthérie, car sur cent vingt-trois cas que nous avons examinés, nous avons vu seulement deux croups et deux diphthéries. Au contraire, l'angine pseudo-membraneuse de la convalescence est de la véritable diphthérie. »

Enfin M. Lemoine⁽⁷⁾, dans un travail récent, sur soixante-dix-neuf angines pseudo-membraneuses précoces de la scarlatine, a trouvé cinq fois le bacille de Lœffler. Il admet que dès le début il peut y avoir coexistence des deux infections.

Tous les auteurs que nous venons de signaler admettent que l'angine pseudo-membraneuse précoce du début de la scarlatine ne relève pour ainsi dire jamais de la diphthérie. Si celle-ci vient compliquer la scarlatine, ce n'est que plus tard, pendant la convalescence.

(1) SØRENSEN. — *Zeitschr für Klin. Med.* 91. P. 539.

(2) HEUBNER. — *Schmidts Jahrbucher*, 1892.

(3) RITTER. — *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1892.

(4) BOOKER. — *Archiv of pediatrics*, 1892.

(5) HALLOCK PARK. — *New-York medic. record*, 1893, N° 6.

(6) GOODALL ET WASHBOURN. — *Lancet*, Janvier, 1894.

(7) LEMOINE. — *Bulletin de la Société méd. des Hôpit.* Décembre 1895.

Une opinion aussi absolue ne nous paraît pas exacte ; nous croyons que la diphthérie et la scarlatine ont des rapports bien plus étroits et qu'elles peuvent s'associer dès le début ; nous allons essayer de le montrer.

Dans les observations que nous avons signalées, autant que le permettent du moins le peu de détails donnés en général par les auteurs, il est facile de se rendre compte que l'angine pseudo-membraneuse qu'ils décrivent, apparaît très souvent lorsque la scarlatine est déjà nettement confirmée, c'est-à-dire après l'éruption. On peut suivre la transformation de l'angine erythémateuse primitive en angine pseudo-membraneuse. Celle-ci apparaît d'une façon très nette comme une complication de la scarlatine. De telle sorte que la description donnée par M. Bourges pourra s'appliquer dans la plupart des cas.

« Chez un scarlatineux qui, dans les deux ou trois premiers jours de la maladie a eu une angine parfois accompagnée de dépôt pullacé, on voit, le lendemain ou le surlendemain de l'éruption, l'aspect de la gorge se modifier. Des points blanchâtres lenticulaires se montrent à l'orifice des cryptes amygdaliennes ; ces points épais ne tardent pas à se rejoindre et à laisser un enduit un peu crémeux d'apparence pullacée ayant peu de consistance. Le lendemain, le doute n'est plus permis, il s'agit bien de fausses membranes qu'on enlève par larges lambeaux. »

Ces cas n'ont rien à voir avec la diphthérie, nous l'accordons bien volontiers. Mais il en est d'autres où avec l'éruption coïncide une angine pseudo-membraneuse étendue ; si l'on questionne les malades on apprend que le mal de gorge a été le seul symptôme initial et qu'il existait déjà depuis plusieurs jours. Dans d'autres cas, l'angine pseudo-membraneuse sera primitive et l'éruption qui surviendra plusieurs jours après sera un symptôme souvent fort inattendu. Ces angines, même alors, peuvent relever de l'infection streptococcique, nous ne le contestons pas ; mais nous prétendons qu'assez souvent la diphthérie sera à incriminer soit queles deux infections aient eu lieu simultanément, soit que l'infection diphthérique ait été la première en date. Dans ce dernier cas, la scarlatine se présente comme une véritable complication.

La distinction que nous venons d'établir a été faite déjà par plusieurs auteurs.

Henoch ⁽¹⁾ disait en 1889 à la Société de médecine interne de Berlin : « La diphthérie et la scarlatine peuvent se présenter sous deux formes. Dans la règle, on voit dans la scarlatine se former le troisième ou le quatrième jour de l'exanthème ce que l'on appelle la pharyngite gangréneuse ; ces cas n'ont rien à faire avec la véritable diphthérie. Il en est d'autres où après la première semaine on peut voir se former des exsudats diphthériques ; l'inverse peut se produire ; un enfant atteint de diphthérie arrive à l'hôpital, quatre ou cinq jours après la scarlatine se déclare. Je regarde ces cas comme une combinaison des deux maladies et je m'appuie pour cela sur les accidents postérieurs, paralysie du voile du palais et autres. »

Sevestre ⁽²⁾ a signalé un cas où l'angine pseudo-membraneuse précéda l'éruption de trois jours. Il n'y eut pas de recherches bactériologiques. Cet auteur admet la possibilité de la coexistence des deux infections dès le début.

Dans un mémoire présenté à la Société médicale de Berlin, Baginsky ⁽³⁾ dit n'avoir jamais trouvé le bacille de Lœffler chez les enfants amenés à l'hôpital, atteints de scarlatine, les fausses membranes ne contenaient que des cocci, alors même que celles-ci avaient à l'œil nu un vrai caractère diphthérique. Mais il a vu souvent que des enfants amenés à l'hôpital, atteints de diphthérie et avec bacilles de Lœffler constatés présentaient soudain un exanthème très analogue à celui de la scarlatine accompagné de fièvre, pendant que l'affection du pharynx perdait son caractère véritablement pseudo-membraneux et que les exsudats prenaient une consistance plus friable avec coloration grisâtre. Aussitôt que ce fait avait lieu, les cultures renouvelées ne donnaient plus de bacilles mais seulement des cocci.

Le même auteur ⁽⁴⁾ avait publié l'année précédente un cas de ce genre très remarquable.

(1) HENOCH. — *Berliner Klinische Wochenschr.* 1889.

(2) SEVESTRE. — *Bullet. Soc. méd. des Hôp.* Mai 1890.

(3) BAGINSKY. — *Berliner Klinische Wochenschrift.* 1892.

(4) BAGINSKY. — *Arch. für Kinderheilk.* 1891.

En 1893 ⁽¹⁾, il est revenu sur la question et a donné incidemment plusieurs observations d'enfants atteints de diphthérie qui contractaient secondairement la scarlatine.

Williams ⁽²⁾ a examiné trente-cinq cas d'angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine; vingt-trois fois il s'agissait de pseudo-diphthérie: douze fois il y avait des bacilles de Lœffler. Une fois la diphthérie précéda la scarlatine, une fois ce fut l'inverse, dans les dix autres cas les deux affections coïncidaient.

Hill ⁽³⁾ a vu souvent la diphthérie et la scarlatine sévir à la même époque et dans le même district. Des cas de diphthérie peuvent se présenter dans une famille dont d'autres membres sont atteints de scarlatine.

Thresh ⁽⁴⁾ croit que les relations entre la diphthérie et la scarlatine sont probablement beaucoup plus intimes qu'on ne le suppose. Il a trouvé la diphthérie non seulement à la suite de la fièvre scarlatine, mais aussi la précédant.

Au deuxième Congrès de médecine interne à Bordeaux, M. le Dr Rondot ⁽⁵⁾ rapporte les observations de deux malades voisines d'hôpital, dont l'une, atteinte de scarlatine avec angine diphthéroïde, contamina l'autre qui ne présenta que les symptômes d'une angine érythémateuse scarlatineuse sans éruption cutanée, l'examen bactériologique montra cependant qu'il s'agissait de diphthérie pharyngée.

Dans sa thèse inaugurale, Roché ⁽⁶⁾ rapporte trois cas d'angines diphthériques qui se compliquèrent de scarlatine après quelques jours.

En addition à tous les faits que nous venons de rapporter, nous joindrons les suivants qui nous paraissent importants au

(1) BAGINSKY. — *Zur Pathologie und Therapie des Scharlach Nephritis*. *Archiv. für Kinderheilh.* 1893. P. 350.

(2) WILLIAMS. — *Americ. journ. of medic. science* 1893. Diphtheria and others throat. membranous affections.

(3) HILL. — *British medic. journal*, 19 août 1893.

(4) TRESH. — *Idem*.

(5) RONDOT. — *Semaine médicale*. 1895.

(6) ROCHE. — *Thèse de Paris*. 1895.

point de vue des rapports que peuvent affecter vis-à-vis l'une de l'autre la scarlatine et la diphthérie ⁽¹⁾.

obs. 1 ⁽²⁾. — F. L. 42 ans, ménagère, entre au Pavillon Davaine, hôpital Lariboisière, le 17 novembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 78 ans. Mère morte à 61 ans, avait une paralysie. Deux sœurs mortes de suites de couchés. Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Elle eut la rougeole vers l'âge de 3 ou 4 ans. N'a pas eu la scarlatine. Bonne santé habituelle. Il y a 6 ans, à la suite de coliques hépatiques, elle présenta de l'ictère et fut soignée à l'hôpital où elle resta trois semaines. Depuis elle n'a jamais été malade, elle n'a jamais présenté d'angines.

Début. — La contagion est ici des plus nettes, voici les renseignements très précis que la malade nous a fournis à ce sujet.

Il y a environ quinze jours, au commencement du mois, sa petite fille, âgée de 10 ans, fut prise d'une angine. Celle-ci fut très légère, cependant, au dire de la mère, il y aurait eu des plaques blanches sur les amygdales qui auraient persisté un certain temps. L'enfant garda la chambre seulement pendant une huitaine de jours. Elle se plaignait peu de la gorge, elle avait conservé l'appétit, n'avait pas de fièvre. L'affection paraissait si bénigne qu'on n'appela pas le médecin. Nous avons recherché les causes qui auraient pu déterminer la contagion, nous n'avons absolument rien trouvé. La petite n'a été en contact avec aucune personne ayant mal à la gorge ou ayant la scarlatine. A l'école où elle allait elle fut la seule malade. Dans la maison où elle habitait il n'y avait ni scarlatine ni diphthérie. L'angine guérit complètement et huit ou dix jours après l'enfant recommençait à sortir. Elle n'avait présenté aucune éruption. Dans la suite elle n'eut pas de desquamation, c'est là un fait certain.

Le frère de la malade, âgé de 19 ans, était resté en contact

⁽¹⁾ Les observations qui suivent ont été prises dans le service de M. Gouguenheim. Que notre excellent maître reçoive ici tous nos remerciements pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

avec sa sœur. Au moment où elle commençait à aller mieux il fut frappé à son tour. Au milieu de son travail il fut pris brusquement d'une céphalalgie intense, de vomissements, mais il se plaignait surtout d'un violent mal de gorge. Il rentre chez lui, se couche ; dans la nuit le mal de gorge augmente. Le lendemain il aurait présenté des fausses membranes ; le surlendemain, éruption de scarlatine et transport le jour suivant à l'hôpital d'Aubervilliers.

L'examen bactériologique fut pratiqué, il n'y avait pas de bacilles de Lœffler dans les fausses membranes. Le malade fut mis alors avec les scarlatineux, la maladie évolua normalement et le 17 septembre il sortait de l'hôpital guéri.

La sœur du précédent, âgée de 23 ans, tomba malade alors quatre jours après le début de la maladie de ce dernier. Elle présenta des symptômes très analogues à ceux déjà décrits. Ici encore l'angine précéda l'éruption de plusieurs jours. Desquamation caractéristique quelques jours après.

Notre malade fut prise la dernière. Dans la nuit du 16 au 17 novembre, elle eut subitement des nausées, des frissons, de la fièvre, en même temps un violent mal de gorge se déclarait. Le lendemain, le médecin appelé conseillait le transport à l'hôpital. Elle entre le 17 au soir à l'hôpital Lariboisière ; ce même jour son fils était dirigé sur Aubervilliers. Nous l'examinons le 18 au matin.

État à l'entrée. — Facies pâle. Adynamie très marquée. Température 39°. Dyspnée vive. Pouls très rapide, mou.

Examen de la gorge. — L'amygdale droite est augmentée de volume : elle est coiffée dans sa presque totalité par une fausse membrane grisâtre adhérente laissant à nu une muqueuse rouge et saignante. Rougeur très marquée sur les piliers du voile de ce côté. Rien sur la luette ni sur l'amygdale du côté opposé.

Douleur à la déglutition très vive. Fétidité de l'haleine peu prononcée. Adénopathie sous-maxillaire assez marquée à droite mais sans empatement du tissu cellulaire environnant. Pas de jetage, salivation abondante.

Langue saburrale rouge sur les bords, couverte au milieu d'un enduit blanchâtre, épais. Appétit nul.

Signes d'emphysème pulmonaire, trente-deux respirations par minute.

Bruits du cœur réguliers mais faibles. Le premier bruit à la pointe est très mal frappé. Pas de bruit de souffle. Le pouls est

très petit et mou aux environs de 120. L'urine contient une notable proportion d'albumine.

M. Gouguenheim prescrit : lavages à l'eau boriquée ; irrigations naso-pharyngiennes ; régime lacté, potion de Todd ; injection de 10 centimètres cubes de sérum.

L'ensemencement sur sérum est pratiqué à l'aide d'une parcelle de fausse membrane.

Examen bactériologique. — Après vingt-quatre heures d'étuve à 37° de nombreuses colonies se sont développées, qui paraissent à l'œil nu de diverse nature. Les plus nombreuses présentent les caractères typiques des colonies de bacilles de Lœffler, elles atteignent le volume d'une tête d'épingle. L'examen microscopique d'une de ces colonies montre qu'elle se compose de bacilles longs, intriqués, identiques aux bacilles de Lœffler.

A côté de ces colonies il en est d'autres blanchâtres, opaques, formées par des streptocoques et un gros coccus se présentant le plus souvent par groupe de deux ou quatre. Ce coccus après quelques jours liquéfiait le sérum.

19 novembre. L'état de la malade ne s'est pas modifié, la température reste toujours aussi élevée. L'état de la gorge est absolument le même qu'hier.

20 novembre. Ce matin nous constatons la présence d'une éruption qui nous paraît très analogue à celle de la scarlatine. Elle siège sur tout le corps, elle est toutefois moins marquée sur la face. L'état de la malade paraît s'être aggravé.

Température hier soir, 40. Ce matin 39,5. Pouls très faible, incomptable. Respiration, 40. Signes du côté de la gorge non modifiés. Urines albumineuses.

Nouvelle injection de dix centimètres cubes de sérum.

23 novembre. L'éruption a disparu sur le tronc, elle persiste au niveau des membres inférieurs. Douleurs très vives dans les membres. Les signes du côté de la gorge n'augmentent ni ne diminuent ; l'état est toujours tel que nous l'avons constaté à son entrée. La fausse membrane qui recouvre l'amygdale droite est peut-être un peu plus friable. Langue rouge vernissée. Adénopathie toujours faible. Température, 39,5 hier soir, 39 ce matin. Pouls 128 régulier mais très faible. Albumine dans l'urine.

26 novembre. L'état s'améliore, les fausses membranes ont disparu, laissant à nu l'amygdale non ulcérée mais d'un rouge intense. La malade dort et commence à avoir un peu d'appétit. Pouls à cent-dix plus tendu, les bruits du cœur sont mieux frappés. L'urine est toujours légèrement albumineuse.

29 novembre. La desquamation apparaît nettement au niveau des avant-bras. L'amélioration continue. L'amygdale droite est encore un peu grosse et rouge. Déglutition non douloureuse. L'engorgement ganglionnaire a disparu. L'urine ne contient pas d'albumine.

15 décembre. La malade est complètement guérie, la desquamation est terminée depuis quelques jours. Elle a été typique. La malade sort de l'hôpital.

oss. II. — E. A. 16 ans et demi, bijoutière, entre au Pavillon Davaine le 20 décembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants, deux frères et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Coqueluche, rougeole étant enfant. N'a pas eu la scarlatine. Au mois de mars 1895, elle présenta une angine à fausse membrane. Elle fut soignée chez elle et resta dix jours au lit. A partir de ce moment elle dit avoir eu la gorge sensible. Au moindre changement de température elle avait une légère angine qui disparaissait au bout de deux ou trois jours.

Dans ces derniers temps la malade n'a vu personne atteint d'angine ou de fièvre scarlatine.

Début. — Mercredi, 18 décembre, en se levant, céphalalgie légère, nausées, très léger mal à la gorge, inappétence, pas de fièvre. Va comme à l'habitude à son atelier et travaille toute la journée. Vers le soir, se sentant fatiguée, elle revient de meilleure heure. Elle ne dine presque pas, se couche aussitôt après, insomnie, mal de gorge beaucoup plus intense. Le lendemain elle reste couchée. Le médecin appelé conseille le transport à l'hôpital. Elle rentre au pavillon Davaine le 20 décembre.

État à l'entrée. — Abattement très marqué. Facies pâle. La malade se plaint beaucoup de sa gorge en même temps que d'un violent mal de tête et d'une courbature générale.

Examen de la gorge. — La malade ouvre difficilement la bouche. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre très épais. Amygdales légèrement augmentées de volume et recouvertes à leur face interne d'une fausse membrane à contours irréguliers, blanchâtres, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. La fausse membrane est très adhérente et la muqueuse est saignante au-dessous. La luette et les piliers du voile ne présentent pas d'exsudats mais seulement une vive rougeur.

Fétidité de l'haleine assez prononcée. Douleur très vive à la

déglutition des deux côtés. Salivation abondante. Adénopathie bilatérale considérable avec léger empatement périphérique. Les ganglions sont très douloureux à la pression. Température 38. Pouls 130. Respiration 24, un peu d'albumine dans l'urine.

Rien à signaler du côté des grands appareils.

L'examen direct d'une parcelle de fausse membrane ayant révélé la présence du bacille de Lœffler mélangé à beaucoup d'autres micro-organismes, on prescrit une injection de dix centimètres cubes de sérum.

21 décembre. L'injection de sérum a été pratiquée hier soir à quatre heures.

La surveillante remarque que la malade est très agitée et se plaint vivement de la gorge. Au niveau du tronc la peau a pris une teinte rouge assez marquée.

La température prise à cinq heures du soir est de 40°2, elle est de deux degrés plus élevée que celle du matin.

Ce matin l'éruption est généralisée et présente les caractères de l'éruption scarlatineuse.

Le visage, le tronc et les membres sont envahis et présentent un rougeur uniforme avec piqueté plus foncé.

La langue qui, hier, était couverte d'un enduit blanchâtre, est presque entièrement dépouillée et présente un aspect rouge vif très caractéristique.

L'examen de la gorge montre que les fausses membranes se sont étendues, les piliers sont envahis; la luette est toujours intacte; les fausses membranes ont une coloration grisâtre.

Agitation vive. Céphalalgie. Courbature intense. Température ce matin 39,5. Pouls 130. Respiration 32. Albumine dans l'urine.

22 décembre. Etat stationnaire. Température hier soir 40°4. Ce matin 39. Pouls 120. La malade se plaint toujours vivement de la tête et de la gorge. Du côté de la gorge les signes persistent, toutefois les fausses membranes ont plutôt tendance à recéder. Engorgement ganglionnaire moins prononcé et moins douloureux. Langue vernissée; la malade s'alimente peu. Salivation toujours abondante.

23 décembre. L'état s'améliore. Température hier soir 39,2; ce matin 38. La malade a dormi et ce matin elle se sent bien. Les amygdales sont en partie déteggées et on ne constate plus que de simples exsudats lacunaires. L'engorgement ganglionnaire est beaucoup moins marqué. Pouls 100. Respiration 20.

L'éruption a presque totalement disparu.

25 décembre. La température continue à baisser. Température hier soir 38,4. Ce matin 37. Pouls 80. La malade dort et mange bien. La gorge est toujours rouge mais ne présente plus d'exsudats. L'état général est excellent, pas d'albumine dans l'urine.

28 décembre. L'état va toujours en s'améliorant. La desquamation commence au niveau du tronc.

30 décembre. Desquamation au niveau des avant-bras.

4 janvier. La desquamation est typique au niveau des mains. L'épiderme se détache par grands lambeaux. La desquamation commence aujourd'hui au niveau des pieds. La malade est en pleine convalescence ; la gorge est complètement guérie. L'urine ne contient pas d'albumine.

Examen bactériologique. — L'examen direct d'une parcelle de fausse membrane révéla la présence de bacilles de Lœffler. L'ensemencement fut pratiqué sur sérum et sur agar. Sur sérum après 24 heures d'étuve de très nombreuses colonies se sont développées. Les unes sont constituées par le bacille de Lœffler. D'autres par un coccus assez gros se présentant isolé. D'autres par des staphylocoques. Il y a quelques chainettes isolées de streptocoques. On constate enfin la présence de bacilles un peu plus gros que les bacilles de Lœffler disposés les uns à côté des autres, mais sans s'entrecroiser. Le bacille ne prend pas le Gram. Nous l'identifions au bactérium coli. Il se présente sous forme de colonies blanches opaques. Sur agar le développement s'est fait très rapidement, les colonies forment à la surface une couche presque continue. L'examen microscopique permet de reconnaître seulement deux microorganismes, l'un est le staphylocoque, l'autre le bactérium coli. Ce dernier, obtenu, à l'état pur par cultures successives sur agar, est ensemencé par piqure sur des tubes de gélatine. Le trait de piqure est dentelé, il se développe quelques bulles de gaz dans l'intérieur de la gélatine. Envahissement rapide de la surface du tube par un enduit gris sale. La gélatine n'est pas liquéfiée.

On inocule à un cobaye deux centimètres cubes d'une culture pure sur bouillon, vieille de 4 jours. L'inoculation a lieu dans le tissu cellulaire sous cutané de l'abdomen. Le cobaye a survécu mais il a présenté au point d'inoculation un gonflement œdémateux assez considérable.

obs. III. — L. M. 35 ans, domestique, entre au Pavillon Davaine le 28 décembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 55 ans, d'un cancer.

Mère enfermée dans un asile d'aliénés. trois sœurs et deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole vers 9-10 ans. Aucune autre maladie. Depuis qu'elle est réglée la malade a, dit-elle, la gorge assez sensible. 2 ou 3 fois par an elle a des angines, mais celles-ci se terminent après 2 ou 3 jours. L'année dernière elle a eu une angine phlegmoneuse et a été malade durant dix jours environ.

Le début de sa maladie remonterait à cinq ou six jours. La contagion est forte nette et on peut l'établir de la façon suivante. Les détails qui suivent nous ont été rapportés en partie par la malade, nous les avons rectifiés et complétés par les renseignements que nous avons pris nous-mêmes près de la famille chez qui elle était en place.

Dans la famille de ses maîtres une petite fille de 2 ans fut prise subitement dans la nuit du 7 au 8 décembre 1895 d'un accès d'étouffement. L'enfant était bien portante antérieurement, elle ne se plaignait pas de la gorge, la veille elle jouait comme d'habitude. Les parents, inquiets en voyant leur enfant dans cet état, envoyèrent chercher le médecin. Celui-ci constata que la gorge était rouge mais sans exsudats. L'enfant avait de la fièvre, l'état général n'était pas mauvais. Le 8 le médecin pratique l'ensemencement; le 9 le tube est porté au Laboratoire Municipal, le 10 la réponse arrive ainsi formulée: « Streptocoques, staphylocoques rares et courts bacilles de la diphthérie. » L'enfant fut amenée alors à l'hôpital Trousseau et placée dans la salle des douteux. L'examen bactériologique ne révéla que des staphylocoques. On ne fit pas d'injection de sérum. L'enfant resta à l'hôpital le 11 et le 12, le 13 les parents viennent la chercher. Du 13 au 15 l'état ne fut pas mauvais. La fièvre persistait néanmoins, la gorge était rouge mais sans exsudat, il y avait une toux rauque. Le 15 les symptômes reprirent soudain une acuité extrême. Fièvre intense 40°. Dyspnée vive, toux fréquente, agitation. On porte le diagnostic de broncho-pneumonie. Sous l'influence du traitement amélioration rapide, et le 23 les complications pulmonaires semblaient définitivement écartées. A ce moment la malade fut prise de diarrhées abondantes et fétides; en même temps se développèrent des signes d'inflammation du côté du péritoine et des méninges. L'enfant tomba dans le coma et le 26 elle succombait. Quatre jours avant sa mort elle présentait de l'anasarque généralisé mais surtout marqué à la face et au tronc. L'urine ne fut pas examinée.

La malade n'a jamais eu d'éruption. Elle n'a jamais eu d'exsudats dans la gorge. L'enfant avant sa maladie ne s'est trouvée en contact avec aucune personne atteinte d'affection contagieuse.

Dans la même famille se trouvait en outre deux enfants, l'un de 7 l'autre de 10 ans, frères de la petite malade et un garçon de 17 ans, leur oncle. Les deux enfants avaient été envoyés dès le début de la maladie de leur sœur chez des parents, ils rentrent à la maison le 16 très bien portants.

Dans la journée du 17, le garçon de 17 ans eut un peu mal à la gorge, c'était très peu de chose et il n'y fit pas autrement attention. L'après-midi il va au cours à la Faculté ne se sentant nullement fatigué. Il revient le soir, soupe de bon appétit et se couche à l'heure habituelle. Dans la nuit il est pris de nausées assez fortes. Il a en même temps quelques frissons, un peu de fièvre. Il dort mal, le mal de gorge augmente. Le lendemain, 18 décembre, il reste chez lui ne se sentant pas bien. Il n'a pas d'appétit, il ressent une fatigue générale, sa gorge le fait beaucoup souffrir. Le 19 l'état est mauvais, la fièvre très forte. Le 20 il présente une éruption de scarlatine et le médecin remarque des fausses membranes dans la gorge. Il entre à l'hôpital Trousseau dans la journée. Il est admis au pavillon de la scarlatine, dans le service de M. le Dr Josias ⁽¹⁾. A l'entrée on constate une éruption généralisée, les deux amygdales présentent des exsudats, l'engorgement ganglionnaire est double, surtout marqué à gauche. Le 22, desquamation de la langue, exsudat persisté à gauche. Le 23, commencement de la desquamation sur le ventre. Le 26, desquamation généralisée. L'ensemencement sur sérum fut fait le 21, c'est à-dire au cinquième jour de la maladie. L'examen bactériologique pratiqué par M. Chauvel, interne du service, a donné les résultats suivants que ce dernier a bien voulu nous communiquer : « Streptocoques. Staphylocoques blancs. Pas de bacilles de Löffler. »

Pendant la maladie de leur oncle les deux enfants étaient restés en contact avec lui, l'ainé, âgé de 10 ans, avait même partagé son lit, le 17 décembre les deux enfants furent envoyés chez des parents, ils étaient alors très bien portants. Le 21 l'ainé se plaint d'avoir mal à la gorge. Le 22 l'angine augmente, la fièvre s'allume, le 23 le médecin constate des fausses membranes dans

(1) Nous tenons à remercier M. le Dr Josias de l'extrême obligeance qu'il nous a montrée en nous permettant de consulter l'observation de ce malade.

sa gorge. L'enfant est envoyé immédiatement à l'hôpital Trousseau. On lui fait une injection de sérum; le lendemain, après l'examen bactériologique, il passe au Pavillon Bretonneau (Diphthérie).

La domestique dont nous rapportons l'observation avait soigné les deux premiers malades. Au commencement de cette semaine, le 23 ou le 24 décembre, elle eut mal à la gorge. Elle avait une très grande sécheresse de la bouche et une légère douleur à la déglutition. Le mal de gorge augmenta progressivement, en même temps il y eut un peu de fièvre, le 26 elle reste couchée. Le 27 le médecin conseille le transport à l'hôpital. Elle entre au pavillon Davaine le 28 décembre. Nous l'examinons immédiatement.

Etat à l'entrée. — Le facies est bon. La malade n'est nullement abattue. Elle se plaint seulement de sa gorge. Les deux amygdales sont très augmentées de volume et recouvertes dans leur totalité de fausses membranes très blanches. Ces fausses membranes sont très adhérentes et au dessous la muqueuse apparaît à peine altérée et ne saigne pas. Les piliers du voile et la luette ne présentent pas d'exsudats. Douleur à la déglutition, surtout à gauche. Pas de fétidité de l'haleine, peu de salivation. Adénopathie à peine appréciable.

État général excellent. La température est normale. Le pouls est à 80 régulier. Bruits de cœur normaux. Respiration normale. Urines non albumineuses.

29 décembre. L'état continue à être bon. La malade a bien dormi et commence à avoir un peu faim. L'état de la gorge est le même qu'hier. Après examen bactériologique injection de dix centimètres cubes de sérum.

30 décembre. Les fausses membranes tendent à disparaître. A droite, il n'y a plus que de simples exsudats lacunaires. A gauche, une fausse membrane blanche recouvre encore toute la moitié supérieure de l'amygdale.

1^{er} janvier 1895. Les exsudats ont absolument disparu. Les amygdales sont encore rouges et augmentées de volume. La malade se trouve bien et mange.

4 janvier. Éruption due au sérum.

8 janvier. La malade est complètement guérie, elle demande à sortir.

Examen bactériologique. — Cultures faites à l'entrée sur sérum et sur agar. Sur sérum colonies nombreuses de bacilles de Læffler, quelques-unes sont formées par le coccus Brisou. Sur

agar, colonies de bacilles de Lœffler, quelques colonies très peu nombreuses de streptocoques.

Nous inoculons à un cobaye deux centimètres cubes d'une culture pure de bacille de Lœffler dans du bouillon, la culture est vieille de trois jours. Le cobaye succombe le quatrième jour. A l'autopsie on trouve les lésions caractéristique de la diphthérie. Dilatation générale des vaisseaux, hypertrophie ganglionnaire généralisée. Congestion intense de tous les organes. Épanchement séreux dans les plèvres.

Dans les observations que nous venons de rapporter quatre fois une angine pseudo-membraneuse s'est accompagnée de scarlatine. L'éruption est toujours survenue de trois à quatre jours après le début de l'angine. Dans les deux premiers cas celle-ci a débuté brusquement avec et s'est accompagnée de phénomènes généraux graves, dans les deux derniers l'invasion a été insidieuse. Dans ces quatre cas l'examen bactériologique donna les résultats suivants : deux fois la présence du bacille de Lœffler fut nettement constatée.

Il était associé dans un cas (Observation I) au streptocoque et à un coccus, dans un autre cas (Observation II) au *Bactérium coli*, au staphylocoque et à un coccus. Dans les deux autres cas (Observation I et III) il n'y avait que des streptocoques et des staphylocoques. Remarquons que dans ces deux derniers cas l'examen bactériologique fut pratiqué tardivement, quand l'angine datait déjà de plusieurs jours et que le malade était en pleine éruption de scarlatine. Ce fait mérite d'être signalé, nous verrons tout à l'heure quelle importance on peut lui donner.

Nos observations ont présenté, en outre, des particularités sur lesquelles nous voudrions attirer l'attention.

Dans l'Observation II la maladie commence comme une angine diphthérique. Puis, au troisième jour, ascension thermique considérable et apparition d'un exanthème scarlatineux. Dans ce cas il y avait association du bacille de Lœffler au *Bactérium Coli*. C'est un fait sur lequel M. Lemoine a attiré l'attention dans son récent travail. Nous notons, de plus, que les streptocoques se trouvaient en très petite quantité.

L'Observation I est particulièrement intéressante en ce

qu'on y voit trois scarlatines survenir dans une famille où une petite fille avait présenté, quelques jours auparavant, une angine à fausse membrane non accompagnée d'éruption.

Quelle était la nature de cette angine ? S'agissait-il ici d'une de ces scarlatines à forme fruste dont l'angine est la seule manifestation clinique ? La marche insidieuse de la maladie qui ne fut jamais accompagnée de symptômes généraux graves, la présence des fausses membranes, nous paraîtrait plutôt en faveur d'une angine diphthérique à forme légère. Et puisque la présence de bacilles de Lœffler a été nettement constatée chez la malade qui fait le sujet de notre observation, nous croyons que cette hypothèse doit être admise. Comment a pris naissance alors l'infection scarlatineuse. Existait-elle dès le début et est-elle restée à l'état latent en quelque sorte chez notre première malade, s'est-elle surajoutée secondairement ? Nous ne savons ; mais pour nous le processus a été nettement diphthérique dès le début. S'il en est ainsi comment expliquer l'absence de bacilles de Lœffler chez le deuxième malade traité à Aubervilliers ; qui avait présenté d'abord une forte angine au cours de laquelle survint, le quatrième jour, l'éruption caractéristique de la scarlatine, symptômes cliniques absolument les mêmes que ceux observés chez notre malade, chez laquelle il y avait d'une façon non douteuse des bacilles de la diphthérie ? Pour donner une explication de ces faits en apparence contradictoires, il convient de rappeler les cas observés par Baginsky qui ont été cités au début. Chez des diphthériques présentant après quelques jours une scarlatine, les cultures renouvelées dès l'apparition de l'exanthème ne donnaient plus de bacilles de Lœffler et Baginsky conclut qu'une nouvelle infection a supplanté l'infection diphthérique. Mentionnons aussi l'hypothèse émise antérieurement par Baumgarten ⁽¹⁾ qui s'était demandé si, par suite d'une action spécialement puissante du streptocoque associé, le bacille ne disparaîtrait pas plus vite que dans les autres cas. Si donc les résultats obtenus ont été différents dans les deux cas qui nous occupent, nous croyons pouvoir l'attribuer à ce que, dans le

(1) BAUMGARTEN. — *Jahrbuch für Bakt.* 1889, p. 215.

premier, l'ensemencement ne fut pratiqué que tardivement, vers le cinquième ou le sixième jour de la maladie, tandis que, dans le deuxième, l'ensemencement put être pratiqué au commencement du deuxième jour. Sans doute, nos arguments eussent été bien plus probants si un nouvel examen pratiqué chez notre malade le jour même où apparaissait l'éruption avait révélé l'absence de bacilles ; cet examen nous ne l'avons pas fait. Il y a là une lacune regrettable, constatons toutefois que l'absence de bacilles de Lœffler n'eut rien prouvé, la malade ayant reçu déjà une injection de sérum.

Les faits qui sont rapportés dans notre Observation III sont d'une interprétation encore plus difficile. Rappelons ici brièvement de quoi il s'agit. Une enfant bien portante jusque-là présente subitement des accès d'étouffement. Il y a en même temps une angine rouge légère. L'examen bactériologique indique la présence de bacilles de Lœffler « rares et courts » mais surtout des streptocoques et des staphylocoques. L'enfant conduite à l'hôpital estensemencée à nouveau. Cette fois le résultat en ce qui concerne la diphthérie reste négatif : deux jours après, elle revient dans sa famille, là, elle est prise presque immédiatement d'une broncho-pneumonie qui s'améliore après quelque jours. Alors surviennent la diarrhée, l'anasarque, des accidents cérébraux et la malade succombe. La maladie avait eu une durée totale de dix-neuf jours.

Le dixième jour de la maladie, dans cette même famille, un garçon de dix-sept ans est pris de mal de gorge. L'affection se développe insidieusement et le quatrième jour apparaît une éruption de scarlatine, celle-ci se déroule classiquement. Fait très important, l'examen bactériologique pratiqué à l'hôpital Trousseau le lendemain du jour où débuta l'éruption n'indiqua que des streptocoques et des staphylocoques.

Quatre jours après, un enfant de 10 ans, qui avait partagé le lit du précédent le premier jour de sa maladie, est pris à son tour d'une angine à fausse membrane nettement diphthérique pour laquelle il est soigné à l'hôpital Trousseau au pavillon d'isolement. Deux ou trois jours après la domestique, qui avait soigné les deux premiers malades, est atteinte elle aussi d'une angine diphthérique. Nous avons rapporté son observation en détail.

En présence de ces faits, la première question qui se pose est de savoir si l'on peut faire remonter tous les accidents qui suivirent à l'enfant qui fut atteinte la première et qui succomba. Pour la diphthérie, ceci paraît contestable. La présence de bacilles de Lœffler « rares et courts » n'a pas une importance bien grande au point de vue du diagnostic. D'ailleurs, un deuxième examen, fait deux jours plus tard, ne permit même pas de retrouver ces derniers. L'enfant se serait-elle infectée secondairement pendant son court séjour à l'hôpital, rien ne permet de l'affirmer, puisque, revenue chez elle, elle n'eut ni angine, ni exsudats. Quant à la scarlatine, on ne peut non plus se prononcer d'une manière affirmative ; sans doute, il s'est agi là d'une maladie infectieuse et en présence des accidents pulmonaires, de la diarrhée, de l'anasarque, on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de penser à une scarlatine anormale ; toutefois, l'absence de toute éruption ne doit faire admettre cette hypothèse qu'avec les plus grandes réserves.

De quelque manière que l'infection ait pu se produire, soit au contact de sa nièce, soit par un contagement quelconque, le deuxième malade fut atteint de scarlatine et quelques jours après, un enfant qui avait été particulièrement en contact avec lui et une adulte qui l'avait soigné étaient atteints d'angine diphthérique.

Ici les deux affections présentent un rapport bien net de cause à effet et l'hypothèse d'un deuxième contagement venu du dehors paraît bien invraisemblable. Des deux enfants qui se trouvaient dans la famille, un partage le lit de son oncle le premier jour de sa maladie, quatre jours après il présente une angine diphthérique et l'autre reste sain. L'enfant ne s'est pas infecté chez les personnes qui le gardaient, puisque la domestique, qui n'avait eu aucun rapport avec lui depuis qu'il avait quitté la maison, présente presque en même temps la même maladie. Il y a là évidemment deux effets parallèles qui relèvent d'une même cause et cette cause, c'est la maladie de l'aîné. Mais comment une scarlatine a-t-elle pu se transformer en diphthérie ? Si nous faisons intervenir ici l'explication que nous proposons tout à l'heure, tout devient très facile à com-

prendre. Le jeune L. au début a eu la diphthérie et ceci s'accorde avec la marche insidieuse de son angine. Il a été une source de contagion pour l'enfant avec lequel il a été plus spécialement en contact et pour la domestique qui le soignait. La scarlatine est venue alors compliquer la diphthérie et cette infection a supplanté la première, de telle sorte que l'examen bactériologique fait au cinquième jour de la maladie n'a pas permis de retrouver les bacilles de Lœffler.

De tous les faits qui ont fait l'objet de notre étude nous nous croyons autorisés à déduire les conclusions suivantes :

1° La diphthérie et la scarlatine ont entre elles des rapports bien plus étroits qu'on ne le suppose généralement.

2° Si la diphthérie peut se développer secondairement dans le cours ou pendant la convalescence de la scarlatine, assez souvent on voit la scarlatine survenir au cours d'une angine diphthérique. Les deux affections peuvent se coïncider.

3° Dans quelques cas, lorsque la scarlatine se surajoute à la diphthérie, elle peut modifier profondément la marche de celle-ci et même provoquer la disparition complète des bacilles de Lœffler.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE

Compte rendu de la IV^e session tenue à Iena, les 1^{er} et 2 juillet 1895,
par S. SZENES (de Buda-Pesth) (1).

Cette réunion qui était très nombreuse a eu pour présidents :
WALB (Bonn), et ZAUFAL (Prague). Les séances ont été des plus suivies. Dans son discours inaugural, Walb, après avoir souhaité la bienvenue aux membres présents, a rendu hommage à la mémoire des absents, décédés depuis la dernière session. V. HELMHOLTZ, LEMCKE et GOTTSTEIN. La Société a voté une somme de 100 mark pour contribuer à l'érection d'un monument commémoratif de Helmholtz.

Sur la proposition de BURKNER, on a décidé de réunir à l'avenir les comptes rendus officiels de la Société en un volume où les communications seront publiées in-extenso.

Après un long débat, la majeure partie des membres présents a choisi Nuremberg comme siège de la prochaine session, qui se tiendra les vendredi et samedi avant la Pentecôte.

Ont pris part à la réunion :

ANTON (Prague), BARTH (Marbourg), BECKMANN (Berlin), BEHRENDT (Berlin), BIEDERMANN et BINSWANGER (Iena), BRANDT (Strasbourg), BRANKMANN (Iena), BRIEGER (Breslau), BURKNER (Goettingue), DENNERT (Berlin), FRICKE (Stettin), FRIEDRICH (Leipzig), HAECKEL (Iena), HANSBERG (Dortmund) HARTMANN (Berlin), HAUG (Munich), HECKE (Breslau), HEINE (Berlin), HESSLER (Halle-sr-S), HOFFMANN (Dresde), HUBNER (Stettin), JANSSEN (Berlin), JENS (Hanôvre), JOËL (Gotha), JOSEPH (Stettin), KARNITZ (Lubeck), KATZ (Berlin), KAYSER (Breslau), KESSEL et KOCH (Iena), KERNER (Rostock), KREHL (Iena), KRETSCHMANN (Magdebourg), KUMMEL (Breslau), LEUTERT

(1) (D'après le compte rendu du *Monats. f. Ohrenh.* Juillet, août, septembre et octobre 1895).

(Halle s.-S.), LUCAE (Berlin), E. MEIER (Magdebourg), MOLDENHAUER (Leipzig), MULLER (Allenbourg), NOLTENIUS (Brême), OBERMULLER (Iena), PANSE (Dresde), PFEIFFER (Leipzig), PROCKOFF (Bône), REINHARD (Duisbourg), RICHTER (Graz), RIEDEL (Iena), ROHDEN (Halberstadt), ROLLER (Trèves), SCHUBERT (Nuremberg), SELIGMANN (Francfort-s^r M.), SONNENKALB (Chemnitz), SKUTSCH (Iena), STACKE (Erfurt), STERN (Metz), STIMMEL (Leipzig), STINZING (Iena), SZENES (Buda Pesth), THIES (Leipzig), ULRICHS (Halle-s^r-S), WALB (Bonn), WESLEING (Cobourg), V. WILD et O. WOLF (Francfort-s^r-M), ZAUFAL (Prague), ZIEHEN (Iena), soit en tout 67 membres.

1^{re} Séance. — Samedi 1^{er} juin, matin.

Président : WALB (Bonn).

I. HARTMANN (Berlin). — Sur les déhiscences du temporal, rempli de membranes fibreuses. — II. montre les préparations suivantes.

Sur l'une d'elles, on voit sur le tegmen tympani, un endroit gros comme une lentille, qui, au lieu d'être osseux, est formé d'une membrane compacte, transparente, qui recouvre les surfaces supérieure et inférieure des os voisins. Trois préparations proviennent de malades ayant succombé à la suite d'otites moyennes chroniques suppurées et de cholestéatomes (thrombose des sinus, abcès cérébraux). Dans deux cas la membrane se trouve dans le tegmen de l'antre mastoïdien, et dans le troisième elle siège à la surface postérieure du temporal, couvrant en partie le sulcus sigmoïdal. Au milieu de cette grande membrane, on voit un fragment osseux de la taille d'un haricot qui se confond avec l'entourage osseux, et qui n'est en rapport avec ce dernier que par la membrane. Dans aucun cas il n'existait d'adhérence des membranes osseuses à la dure mère. Celles-ci sont toujours lisses au-dessus des os environnants.

On ne voit sur le temporal macéré aucun signe permettant de reconnaître s'il s'agit de déhiscences ordinaires ou d'obstruction membraneuse. Dans le cas présenté on a affaire à une anomalie de développement très rare.

En ce qui concerne les membranes osseuses du temporal affecté, le processus inflammatoire doit irriter les os, et donner lieu à une transformation en tissu fibreux. Il doit s'être produit une régression et un changement des os en tissu cicatriciel.

H. ne dit pas si la formation des membranes, ainsi que la sclérose osseuse, ont entravé pendant un temps la propagation de la suppuration à la surface environnante. Lorsqu'on opère on est enclin à prendre la membrane osseuse pour la dure-mère ou la paroi du sinus.

2. KRETSCHMANN (Magdebourg). — **Sur une forme de suppuration de la caisse.** — Cette forme concerne les suppurations qui siègent dans la portion inférieure de la caisse. L'étendue de la caisse dépasse notablement celle du conduit auditif en haut et en bas. Pour l'espace supérieur, on a toute une série de désignations, mais jusqu'ici on n'a pas de nom générique pour l'espace inférieur. K. propose donc de donner à cet espace le nom de *recessus hypotympanique*. Il est limité à l'extérieur par l'extrémité libre de l'os tympanique, à l'intérieur par la partie de la paroi labyrinthique située sous le promontoire, en avant et en arrière par les portions inférieures des parois latérales de la caisse, en bas par la paroi inférieure de la caisse ; en haut il pénètre dans la partie moyenne de la cavité tympanique. Le récessus hypotympanique est remarquable par la structure de ses parois, qui régulièrement semblent de construction sinueuse. Ces cavités sinueuses s'étendent par la propagation du récessus latéralement sous la paroi inférieure du conduit auditif, au milieu sous le labyrinthe, en avant sous la trompe, et en arrière jusqu'au canal facial.

La structure sinueuse domine dans la règle, mais elle peut faire défaut ou être moins prononcée ; la cavité dépend surtout de la paroi inférieure de la caisse.

Longueur de la cavité (sagittale).	9,5
Largeur (frontale)	3,0
Profondeur (verticale).	2,7 (Bezold)

La cavité présente de l'intérêt en raison de ses rapports avec les importants organes voisins : carotide interne, bulbe de la veine jugulaire, facial, qui ne sont séparés d'elles que par de minces feuillets.

On ne s'étonnera pas, vu sa structure anatomique, que le récessus hypotympanique donne souvent issue à des suppurations. On ne les reconnaîtra que lorsque la membrane tympanique fera défaut en totalité ou au moins dans sa portion inférieure. On s'assurera aussi de l'affection du récessus hypotympanique, par la présence de granulations profondes et de traces

de sang que l'on met au jour en introduisant une sonde recourbée garnie d'ouate. Il est également aisé de faire le diagnostic lorsque la sécrétion est minime et que le tampon qui a touché le récessus est seulement humide. La suppuration est fréquemment accompagnée d'une sensation de tension dans la région médiane du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Le traitement consista en injections avec la canule coudée de Hartmann et en cautérisations à l'acide lactique et à l'acide trichloracétique, appliqués sur des sondes garnies d'ouate. Dans deux cas on obtint d'heureux résultats de la perforation de l'apophyse mastoïde, après avoir séparé la paroi postérieure du conduit auditif du récessus hypotympanique de la paroi du conduit inférieur et postéro-inférieur.

O. WOLF (Francfort-sr M) considère la dénomination de récessus hypotympanique proposée par Kretschmann comme très exacte. Il a souvent observé des suppurations surtout dans les cas aigus, accompagnées de granulations qui provenaient de la partie antéro-inférieure de la perforation tympanique. Pour enlever ces granulations, K. recommande sa petite curette qui se recourbe très facilement sans exercer d'influence nocive sur la paroi inférieure de la caisse. Dans un cas, la ligature fut suivie de la mort imputable à des accidents pyémiques ; il s'agissait d'une tumeur pulsatile (angiôme).

MEIER (Magdebourg) rapporte, au point de vue de la signification des suppurations hypotympaniques, un cas opéré de thrombose sanieuse du bulbe de la veine jugulaire et de la jugulaire interne.

PANSE (Dresde) et LEUTERT (Halle sur-Saale), disent qu'il faut prévenir la réinfection de la cavité opérée qui se produit par la trompe.

HESSLER (Halle-sr-S), ne croit pas qu'on puisse intervenir sur le conduit auditif sans provoquer une paralysie faciale.

WALB (Bonn) croit qu'on peut facilement opérer dans le récessus hypotympanique en s'éclairant au moyen du miroir intra-tympanique.

KRETSCHMANN a essayé les miroirs intra-tympaniques, mais il n'a pas obtenu de bons résultats.

3. BARTH (Marbourg). — Sur la latéralisation de la conductibilité osseuse. — La latéralisation de la conductibilité osseuse peut être subjective ou objective, et on la contrôle à l'aide de deux otoscopes semblables. La dernière forme est due à des modifications de la conductibilité et de la résonnance. Pour les

bruits subjectifs, en dehors des deux points sus-nommés, il faut citer l'affection unilatérale de l'appareil percepteur, qui cause quoique rarement des modifications objectives apparentes de la conductibilité et de la résonnance, il faudra aussi tenir compte des heureux effets de l'acoustique sur l'oreille examinée, des reflexes acoustiques, et l'occlusion d'une oreille affectée pour les sons venant du dehors. La pression de l'oreille interne appelée hypersthésie de l'acoustique n'a aucune influence sur l'augmentation unilatérale de l'ouïe.

L'épreuve de Weber repose donc sur des bases compliquées, et il ne faut pas s'en servir aveuglément comme d'un moyen de diagnostic, malgré qu'elle fournisse souvent d'utiles renseignements si elle est judicieusement appliquée.

LUGAE (Berlin) dit que lorsqu'on se sert latéralement d'un diapason, l'autre oreille arrive à percevoir le son diagonalement, les ondes sonores tombent verticalement sur le tympan et l'appareil conducteur du son vibre davantage. On obtient les mêmes effets en apposant le diapason à divers endroits de l'apophyse mastoïde, de façon que les ondes sonores rencontrent diverses parties de la membrane tympanique.

BECKMANN (Berlin) ne croit pas que les ondes sonores tombent verticalement de l'apophyse mastoïde sur la membrane tympanique en avant, à l'intérieur et en bas, mais rien que sur un point unique de l'oreille affectée.

4. DENNER (Berlin). **Contribution à l'épreuve de l'audition des sons** — Malgré le scepticisme qui dans ces derniers temps était plus ou moins opposé à la théorie de Helmholtz sur l'audition au point de vue de la valeur diagnostique de l'épreuve de l'ouïe, D. croit qu'il faut pousser la question plus avant dans les deux sens aussi longtemps que l'on n'aura pas distingué le faux du dangereux. La plupart des observations se font encore maintenant sur les organes auditifs sains et malades, et nous aurions dans les sons un moyen d'épreuve, qui varie en qualité, intensité et surtout (ainsi que D. l'a déjà fait remarquer à la première réunion de cette société) en qualité, ce qui, à part toute théorie, serait parfait pour l'examen naturel de l'organe de l'ouïe. Après avoir éclairé les cavités par la méthode actuelle, pour chercher le son et fixer l'audition normale et s'assurer de l'ouïe des sujets, il est très difficile d'éviter des causes d'erreur.

Afin d'éviter les erreurs, il faudrait essayer le pouvoir auditif d'une manière objective. Pour arriver à ce but, il y a deux moyens, d'abord l'appréciation de la quantité de son, le nombre

des ondes qui sont en jeu. L'expression, épreuve qualitative de l'ouïe que l'on rencontre souvent ne s'applique pas à la quantité, mais à l'intensité du son, qui dépend de l'amplitude ; il faudra nettement différencier ces deux choses. Lorsque le mouvement des ondes sonores est occasionné par une force égale d'impulsion, il imprime une plus ou moins grande quantité d'ondes sonores qui ont plus ou moins d'action, tandis qu'un grand nombre d'ondes sonores mues par une légère impulsion peuvent provoquer les mêmes effets. A l'aide de ces lois physiques, on peut rendre l'épreuve de l'ouïe objective, ainsi que D. le démontre. Dans les cas douteux, on pourra employer une autre méthode de contrôle, par l'application à deux endroits différents d'un diapason, qui devra être perçu en un temps et à une distance divers ; la relation entre les deux expériences servira de contrôle.

D. voit dans sa communication une confirmation de la théorie de Helmholtz, et il est convaincu qu'elle servira à résoudre d'autres problèmes physiologiques et pratiques. Le mouvement du son étant une force vivante, il ne sera pas indifférent de savoir si l'on a affaire à un obstacle mécanique, tel que nous le voyons dans les troubles de l'oreille moyenne, ou à des accidents nerveux, périphériques, ou de nature centrale.

BARTH (Marbourg), dans deux cas, a vu le pouvoir auditif bien inférieur comme intensité à la durée du son. On observerait plus fréquemment des cas de ce genre si l'on y prêtait attention, mais il n'existe pas d'instruments mesurateurs pour ce léger degré de surdité que même la méthode d'examen de Dennert n'atteint pas. Dans ce but, B. a construit un appareil qui permet de compter les vibrations des sons élevés et bas qui atteignent l'oreille sans qu'au cours de l'examen il se produise des bruits accessoires trop gênants. L'appareil a deux disques parallèles avec des divisions correspondantes ; un disque est fixe et supporte un diapason enregistreur des vibrations. Le nombre des oscillations dépend d'une part de la dimension des ouvertures, d'autre part de la rapidité avec laquelle un disque monte sur l'autre, et enfin de la hauteur du son.

Dennert répond qu'il y a déjà nombre d'années qu'il a fait ces expériences avec les disques décrits par Barth, mais il y a renoncé en raison du trouble apporté par les bruits accessoires.

5. LUCAS (Berlin). — **Nouvelle communication sur les expériences faites avec la sonde à ressort.** — Dans quarante six cas douteux (affections labyrinthiques ou scléroses), où l'on n'avait

employé que la sonde compressive ; L. a comparé les résultats curateurs avec ceux de l'épreuve de Rinne et de l'épreuve auditive. A quelques rares exceptions près, on n'observa que des cas où les sons élevés de l'échelle musicale étaient encore assez nettement perçus. Les cas où l'épreuve de Rinne avait été positive (20) s'améliorèrent notablement à part un seul ; il faut mentionner aussi les cas améliorés où le Rinne fut négatif avant le traitement et positif après (8) tandis que sur les 18 autres, 12 guérissent avec un Rinne constamment négatif, 6 ne s'améliorèrent nullement.

L. explique les heureux résultats du Rinne positif par la perception simultanée de tous les tons de la gamme, et admet que dans ces cas il existait une légère affection de l'appareil conducteur du son, sans que l'on soit autorisé à repousser toute idée de maladie du labyrinthe. L. insiste sur deux cas indubitables de labyrinthite, dans lesquels la sonde compressive fut de grande utilité. Un cas d'oreille fausse chez un musicien et un cas de maladie de Ménière, dans laquelle une application de la sonde compressive améliora notablement l'audition en trois mois. Enfin, L. rapporte un cas de perte des sons élevés de la gamme qui atteignit une enfant de 3 ans devenue complètement sourde, à la suite d'une méningite. Lorsque L. la revit, 11 ans après, l'oreille percevait un peu mieux la parole, les sons musicaux les plus graves résonnaient fortement, les sons moyens et hauts étaient assez bien entendus, mais C⁴ et C⁵ n'étaient pas du tout perçus. Après un court traitement par la sonde compressive, l'oreille droite s'améliora rapidement pour l'audition de la parole et recouvra la perception du C⁴.

6. HAUG (Munich). — Sur la polymyosite infectieuse ex otite. — H. rapporte trois cas où il existait des métastases musculaires, des abcès de la substance musculaire ou de la fascia, qui s'étaient développés au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë vulgaire sans aucune cause provenant d'une infection générale. Il ne s'agissait pas de la forme de dermatomyosite observée par Fraenkel Schwabach, mais d'une métastase musculaire pure ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ HAUO dit ici que depuis plus de dix-huit mois il a complètement renoncé aux solutions antiseptiques ou physiologiques en injections dans le conduit auditif pour le traitement des otites moyennes aiguës perforantes. Le traitement consiste en un dessèchement soigneux du conduit avec de l'ouate stérilisée, et l'introduction de gaze stérilisée (surtout de la gaze naphtolée et chinolinée qui n'excite nullement). Le traitement sec sera appliqué deux fois par jour, au moins au début,

Observation I. — Homme de 27 ans, indemne jusque-là des maux d'oreille, contracte directement une *otite moyenne suppurée aiguë* par une *douche nasale* mal administrée, à la suite de laquelle il se produit un léger frisson suivi d'une tuméfaction douloureuse du muscle deltoïde gauche atteignant la dimension d'une soucoupe. La fièvre persista, ainsi que les douleurs auriculaires, et la perforation mastoïdienne eut un résultat négatif. A la suite de l'opération, le gonflement de la région deltoïdienne disparut, mais l'état général ne s'améliora pas ; température : 36, 3 — 36, 9, le matin ; 38, 4 — 39, 6, le soir. Après un fort frisson vespéral dans la quatrième semaine, il survint une enflure du tiers supérieur du muscle jumeau gauche, qui atteignit rapidement la grosseur d'une pomme ; le sixième jour, ouverture de l'abcès qui siégeait à l'intérieur du faisceau musculaire du jumeau et contenait une quantité colossale de streptocoques. Malgré l'amélioration de l'état général, la fièvre montait jusqu'à 38, 5 le soir, et des frissons survinrent trois jours de suite et furent suivis d'une hypertrophie douloureuse de la région du long supinateur de l'avant bras gauche, du grand abducteur droit et du masseter gauche qui disparurent promptement. Guérison complète au bout de six semaines, tant de l'oreille que de la pyémie.

lorsque la sécrétion est abondante, on changera aussi la gaze souillée. On n'emploiera pas la douche d'air durant les quatorze premiers jours, et seulement lorsqu'il n'existera plus de douleur dans l'oreille par le plus léger Valsalva ; aussi longtemps qu'il y aura des douleurs d'oreille, on évitera d'employer la douche d'air, bien que son usage dut être commandé par une excitation aiguë ou suraiguë de la cavité naso-pharyngienne ; la douche d'air est souvent inutile, surtout quand il n'existe pas d'obstruction des trompes.

Depuis que Haug applique strictement et constamment ce traitement indifférent absolument sec, il a remarqué que non seulement les complications mastoïdiennes étaient plus rares, mais qu'aussi, chose qui n'est pas à dédaigner, la durée de la perforation suppurative diminuait de moitié ; tandis qu'autrefois il fallait cinq à six semaines, la plupart des cas guérissent aujourd'hui intégralement en quinze jours à trois semaines au plus. Il est facile à comprendre que la guérison absolue survient rapidement lorsque l'on évite tout ce qui peut nuire ou provoquer une réinfection, il faut ranger dans cette dernière catégorie les douches d'air pratiquées de bonne heure et les insufflations qui sont souvent nocives. H. va jusqu'à défendre aux malades la condensation de l'air pendant la période aiguë ; ils doivent donc être prudents en se mouchant. (Dans la séance de l'après-midi Heasler a émis dans sa communication les mêmes idées et a conclu d'une façon identique.)

Observation II. — Jeune homme de 22 ans, bien portant jusqu'ici, souffre depuis deux jours, sans doute à la suite d'un refroidissement d'une *otite moyenne hémorrhagique aiguë*; paracentèse le quatrième jour en raison des accidents méningitiques violents. Après la paracentèse (en 1891), légères pulvérisations avec de l'acétate d'alumine. Au début, la marche de l'affection parut normale, mais le dix-neuvième jour survint un violent frisson. La sécrétion diminua, puis cessa subitement, toutefois après une nouvelle paracentèse et la dilatation, l'ouverture de la région mastoïdienne provoque un nouveau frisson qui est suivi d'une violente fièvre. Le matin l'articulation carpo-métacarpienne gauche était enflée et douloureuse, mais cet état dura peu de temps. Au bout de trois jours, nouvelles douleurs dans l'oreille causées par un exsudat de la région de la membrane Shrapnell. Malgré l'ouverture, bien que le malade ne souffrit plus de l'oreille dans la nuit, troisième frisson, suivi de fièvre (39,9.) Le lendemain, le tiers antérieur de l'avant bras droit portait une tuméfaction douloureuse grosse comme une pomme, qui forma un abcès le jour suivant. Lors de l'ouverture, on vit que l'abcès siégeait dans le faisceau musculaire et confinait à la fascia; streptocoques dans le pus. Guérison la septième semaine.

Observation III. — Jeune femme de 20 ans atteinte depuis quatre jours d'une *rupture traumatique du tympan* gauche provoquée par un corps étranger; la malade infecta la plaie par l'introduction d'huile et de lait, et il survint une otite moyenne suppurée; pas d'inflammation naso-pharyngienne, la malade n'a jamais souffert des oreilles. Toute l'oreille moyenne fut rapidement attaquée, et à la fin de la deuxième semaine apparurent des symptômes typiques d'affection mastoïdienne. Lors de l'ouverture de cette dernière, on reconnut un empyème qui envahissait le centre et une grande cellule pointue de l'apophyse mastoïde particulièrement pneumatique après l'opération; l'oreille redevenait tout à fait normale. Pendant la septième semaine, à la suite d'un frisson du soir, il survint une tuméfaction douloureuse de la fosse sus-épineuse gauche accompagnée de gonflement de l'aisselle gauche et des parties voisines du muscle deltoïde. La première tuméfaction produisit de la suppuration; à l'incision on trouva l'abcès dans le tissu musculaire du muscle sus-épineux. La région enflée de l'aisselle dut aussi être incisée, on avait affaire ici à une hypertrophie des glandes lymphatiques. L'infiltration de la région du muscle deltoïde disparut d'elle-

même, mais elle conserva pendant quelque temps de la résistance et provoqua pendant plus d'un mois des douleurs dans le haut du bras. Guérison en onze semaines; l'oreille était complètement rétablie sept semaines après l'opération.

BRIEGER (Breslau) croit que le cas de Haug concernait un abcès musculaire métastatique, ce qui n'est pas rare au cours de la pyémie; on pourrait confondre cette affection avec la dermatomyosite septique. Cette maladie a la même étiologie que la pyémie, mais elle ne provoque pas d'abcès musculaire ainsi que B. a pu l'observer dans certains cas.

7. HAUG. — Sur la formation d'exsudats hémorrhagiques dans la caisse et dans le conduit auditif externe à la suite d'une pulpíte d'une molaire supérieure. — H. rapporte l'observation d'un malade de 36 ans qui ressentit subitement de violents maux de dents prononcés surtout du côté des molaires postéro-supérieures. Après huit heures de souffrance, la malade perçut une compression dans l'oreille, suivie d'un vif sentiment de douleur; le pouvoir auditif était également affaibli. Il n'y eut pas d'irritation du conduit, rien n'ayant été introduit; le naso-pharynx était aussi intact et il n'existait aucune affection générale aiguë ou chronique.

A l'examen de l'oreille gauche, H. trouva une bulle sanguine, grosse comme un pois sur la paroi antéro-inférieure du conduit auditif, le tympan était légèrement rougi, toute sa moitié postérieure était creusée et colorée en rouge bleuâtre. Les douleurs de l'oreille n'étaient pas apparentes, l'ouïe était pour la voix chuchotée à 0,5. les diapasons latéralisés à gauche lorsque la conductibilité osseuse se prolonge. L'oreille droite était parfaitement normale au point de vue fonctionnel et otoscopique.

A l'examen des dents, on vit que l'avant dernière molaire supérieure gauche était violemment cariée et par l'examen au miroir on vit qu'elle était bouchée par une bulle hémorrhagique d'un bleu foncé. Le moindre toucher avec la sonde, la plus légère pulvérisation provoquaient de vives douleurs paralytiques; on avait évidemment affaire à une *pulpíte* avec formation de bulles sanguines.

Traitement: Extraction de la dent et simple occlusion de l'oreille en empêchant la condensation de l'air: en neuf jours la maladie régressa, et le seizième jour la guérison fut complète.

H. considère ce cas comme intéressant parce qu'en dehors de toute autre cause étiologique, il en résulte qu'une *affection dentaire primitive peut provoquer une irritation de l'oreille avec for-*

mation d'exsudat de nature hémorrhagique dans la cavité tympanique et consécutivement dans le conduit auditif.

8. KAYSER (Breslau). — **Pathologie et traitement des bruits objectifs de l'oreille.** — Les bourdonnements d'oreille perçus objectivement ont, sur les bruits purement subjectifs beaucoup plus fréquents, l'avantage que l'origine et la genèse des premiers sont plus faciles à diagnostiquer ; et cela, à part les bourdonnements artificiels, aussi bien pour les bruits vasculaires objectifs que pour les bruits dits musculaires. Ces derniers se subdivisent en deux classes : 1° bruits entotiques au sens étroit, c'est-à-dire ceux qui sont produits par les muscles piriformes de la caisse ; 2° les bruits tubaires qui sont provoqués par l'action musculaire de la trompe. Seuls les bruits entotiques objectifs doivent être regardés comme de vrais bruits musculaires, dus à la contraction des muscles. Nous savons que lors d'une forte contraction tétanique d'un muscle, il se produit un bruit, son grave, profond. La meilleure comparaison est le premier bruit cardiaque qui est provoqué, on le sait, par la contraction des puissants muscles ventriculaires. Les bruits entotiques purs ont aussi le caractère acoustique d'un son musculaire et ils sont considérés comme des bruits profonds, graves, bruyants.

Il en est autrement des bruits tubaires. Ici, l'action musculaire ne provoque pas un son subjectif, mais l'action musculaire produit un mouvement qui amène le bruit, on aide à la répercussion d'un bruit normal. Ce dernier est observé dans l'autopsie. Il n'y a aucun doute à présent que celle-ci soit due à l'ouverture de la trompe. Le bruit respiratoire de la cavité naso-pharyngienne (par la respiration nasale) et le bruit de la parole (surtout pour les nasales) est conduit dans la caisse par la trompe ouverte et perçu subjectivement et objectivement comme effervescence et faux bourdon. L'ouverture de la trompe peut se produire par voie cicatricielle, par l'atrophie de la plaie (inaction) ou par une crampe tonique du muscle tenseur du voile palatin. Dans ce dernier cas le traitement par les diverses médications neuropathiques peut réussir : courants électriques, mécaniques, etc. On a aussi essayé de fermer la trompe par des injections de liquides irritants. Depuis longtemps j'emploie avec succès un traitement mécanique inoffensif et plus doux : j'agglutine l'ouverture externe de la trompe. Je prends un cathéter aussi large que possible, j'y adapte un tampon d'ouate enduit de vaseline que j'introduis dans l'orifice de la trompe. J'enraye ainsi l'autophonie, et même pour longtemps, car la graisse adhère d'une façon

durable. Dans les formes neuropathiques d'autophonie, la crampe cède ordinairement d'elle-même au bout d'un certain temps.

Une seconde forme beaucoup plus fréquente de bruit objectif tubaire consiste en un claquement particulier, comparable au frottement de deux ongles l'un sur l'autre, que je désignerai sous le nom de crépitation tubaire. Cette crépitation de la trompe se produit normalement lors de la déglutition, mais, habituellement, elle est si faible qu'on ne la perçoit qu'en prêtant une attention soutenue. Depuis longtemps Politzer et Luschka ont dit que la crépitation tubaire était due à la séparation violente des parois humides de la trompe et qu'elle prouve la contraction du tenseur du voile palatin. Le bruit provoqué est propagé à travers la trompe osseuse ouverte de la caisse, et produit subjectivement et objectivement l'impression de sortir de l'oreille. Pathologiquement la crépitation tubaire est ordinairement rythmique avec plus ou moins de régularité avec l'effet des spasmes cloniques du tenseur du voile du palais. C'est ainsi que souvent, pour ne pas dire toujours, on observe consécutivement au bourdonnement des contractions du voile palatin. On voit aussi la participation d'autres muscles, telle que la contraction des muscles pharyngiens, l'élévation du larynx et la contraction consécutive du tenseur du tympan.

La maladie appartient au groupe des crampes musculaires localisées, telles que le tic convulsif, le blépharospasme, et a, comme celles-ci, d'étroites relations avec la chorée et l'hystérie. Il en est de même du pronostic et du traitement. Il existe des formes de crépitation tubaire très opiniâtres, persistantes, qui résistent à toute thérapeutique, et d'autres qui guérissent facilement par n'importe quel agent neuropathique.

En particulier, la pression sur des points déterminés donne de bons résultats ; pression sur le voile palatin par la bouche, sur l'apophyse mastoïde, sur le vagus, etc. Parfois la crépitation tubaire cesse durant tout le temps que dure la pression, ou même pendant plus longtemps, rarement pour toujours. Dans quelques cas récents, j'ai employé un procédé, qui, bien que seulement symptomatique, agit sûrement au point de vue mécanique. La crépitation tubaire étant produite par le déchirement brusque des parois tubaires, l'on peut entraver la venue des bruits, si l'on sépare mécaniquement les parois tubaires, ce que l'on fait simplement en introduisant dans la trompe une sonde au moyen d'un cathéter ordinaire. L'introduction seule du ca-

théter a peu ou pas d'influence, mais la sonde interrompt sûrement la crépitation tubaire, et même fait cesser la contraction du tenseur du voile du palais et les mouvements du voile. Mais il faut que la sonde pénètre entièrement dans la trompe cartilagineuse, parce que le muscle s'insère tout le long du cartilage tubaire latéral.

Si l'on retire la sonde, le bourdonnement peut reparaitre, mais d'habitude il décline ou il disparaît totalement. Mon premier malade était un homme atteint depuis longtemps d'une otorrhée double avec une grande perforation tympanique qui, toutefois, n'avait aucune relation avec la crépitation tubaire existant à droite depuis peu de temps. Consécutivement aux bruits rythmiques, on observait une élévation du voile palatin. On ne put pas pratiquer pendant longtemps les pressions volontaires. Le sondage de la trompe fit cesser les bourdonnements, même malgré les mouvements volontaires du voile du palais. Bien qu'ils eussent été enrayés pendant quelque temps par le sondage, les bourdonnements reparurent au bout de quelques jours.

Dans le second cas, je ne constatai pas de mouvements du voile du palais, l'organe auditif était normal, les bruits tubaires se sont manifestés à droite il y a quinze jours, à la suite d'une otite externe. La sonde arrêta les crépitations tubaires qui n'ont plus reparu.

Le troisième cas concerne une hystérique atteinte de crépitation tubaire bilatérale sans troubles auditifs. Il existait en même temps une contraction des muscles pharyngés latéraux et du voile du palais. Les bourdonnements et les autres accidents purent être enrayés volontairement, bien qu'avec difficulté. Le sondage ne réussit que tant que la sonde se trouvait dans le canal tubaire. On dut apprendre à la malade à faire cesser elle-même les bruits et les autres symptômes. On lui montra au miroir la nature des mouvements du pharynx et elle apprit ainsi aisément, par le contrôle oculaire, à arrêter ces mouvements et à empêcher par là les bourdonnements.

ZACFAL (Prague), fait remarquer que le même bruit que celui qui est provoqué par le retrait de la paroi tubaire latérale de la médiane, peut aussi être produit par le retrait de la médiane, de la latérale, et l'adhérence de la lame tubaire médiane à la paroi postérieure de la fosse de Rosenmuller, et la chute de la lame tubaire médiane dans la position de repos avec l'abaissement du voile du palais lors de la phonation et de la dégluti-

tion. Depuis plusieurs années, Z. emploie, dans l'autophonie et dans toutes les manifestations qui impriment des crampes aux muscles palatins, le massage de la partie tubaire intra pharyngienne, de l'ostium et de la lame tubaire médiane, concurremment avec l'extension digitale de la musculature des trompes et du palais. Le doigt recouvert d'un caoutchouc est introduit dans la fosse de Rosenmuller et il presse alternativement les lames tubaires médianes, puis on l'introduit dans l'orifice tubaire où il touche la paroi inférieure latérale en bas et en avant ; enfin, on abaisse la partie voisine du voile du palais au moyen du doigt recourbé en forme de crochet.

Si tous les moyens échouaient, il faudrait employer la ténotomie du muscle salpingo-pharyngien juste à son point d'implantation, à l'angle inférieur de la lame tubaire.

BRIEGER (Breslau), croit que les bruits entotiques dûs à la contraction du tenseur du tympan ne sont pas des sons musculaires, car leur intensité le dément ; il est possible qu'il existe une cause initiale qui ouvre la trompe et soulève ses parois. B. a vu un cas où les bruits perceptibles provenaient du muscle salpingo-pharyngien.

KAYSER fait allusion dans sa réponse à la diversité acoustique des différents bruits musculaires que l'on perçoit.

BARTH (Marbourg), croit que lors de la contraction du tenseur tympanique on entend les oscillations du tympan et non les sons musculaires. B. attribue souvent au catarrhe l'ouverture permanente de la trompe et l'autophonie qui en résulte. Le catarrhe peut aussi produire une infiltration inflammatoire des tissus de la trompe situés profondément sous la muqueuse et d'après les lois physiques de la compression, il subsiste une fente, bien que rétrécie, de la trompe béante, B. croit que dans les cas de ce genre il faut soigner d'abord le catarrhe.

KRETSCHMANN (Magdebourg), rappelle les bruits perceptibles que l'on entend, soit en introduisant une bougie, soit en retirant une bougie de l'isthme, ces bruits semblent dûs à une diminution de la pression de l'air dans la caisse.

BECKMANN (Berlin), s'élève contre la ténotomie du muscle salpingo-pharyngien préconisée par Zaufal.

2^e Séance. — Samedi 4^{er} juin, après-midi.

Président : Prof. WALB (Bonn).

9. KRETSCHMANN (Magdebourg). — **Plastique partielle du pavillon de l'oreille.** — La plastique fut effectuée sur un jeune homme de 18 ans, dont le pavillon de l'oreille était le siège d'un *lupus* étendu, qui avait résisté aux traitements employés. On retira la peau de la surface antérieure du pavillon, moins la conque, et celle de toute la partie de derrière, et sur la région rétro auriculaire on enleva un fragment large de deux centimètres du cartilage séparé des os, puis on excisa certaines parties du cartilage. Pour la couverture, on prit un lambeau de la peau du cou, dont la racine était située dans la région du sous-maxillaire, au-dessous du premier fragment retiré, puis on sutura soigneusement les bords de la plaie.

La plaie du cou s'obtura par une ligne. La cicatrice devint lisse. La forme concave du pavillon apparut clairement. Malheureusement, l'angle où le pavillon se détachait de la tête s'égalisa au bout de trois mois. Un chéloïde se développa dans la cicatrice du cou. Depuis 18 mois le *lupus* n'a pas récidivé.

K. se sert aussi de lambeaux de la peau du cou dans la plastique rétro-auriculaire, pour revêtir la paroi inférieure de l'entonnoir osseux, et il la fixe par des crochets d'acier qui sont fixés dans les os au moyen d'un instrument spécial. On ne peut employer, naturellement, cette fixation que pour la partie inférieure de l'entonnoir osseux, car il existe déjà une blessure de l'organe.

10. ANTON (Prague). — **Contribution à l'étude de l'organe de Jacobson chez l'adulte.** — Les recherches de l'auteur sont basées sur sept malades, trois hommes de 35, 44 et 61 ans, et quatre femmes de 23, 50, 53 et 64 ans.

Dans trois cas on ne trouva pas l'organe de Jacobson. Rien qu'à priori l'on put croire que le catarrhe, si fréquent, de la muqueuse nasale produisit une atrophie de l'organe, A. repousse cette idée, mais il pense plutôt avec Merkel, que dans les cas négatifs l'organe n'était pas formé. Comme base à son opinion, A. cite l'absence ou l'existence unilatérale de l'organe de Jacobson chez le nouveau-né, et l'embryon, comme Merkel et d'autres

auteurs l'ont constaté dans deux cas, et aussi l'existence de l'organe quand la muqueuse est fortement atrophiée, ainsi qu'on l'a vu dans un cas.

L'organe de Jacobson affectait toujours la forme d'une gouttière ouverte et d'un canal fermé. La gouttière ouverte était soit large, en forme de coquille, et ne s'enfonçait que rarement ou bien elle était fendue ou repliée et se fermait rapidement. Ces dernières formes expliquent clairement pourquoi l'on observe rarement, macroscopiquement, l'orifice de l'organe de Jacobson chez l'adulte. Le canal dont la coupe forme un cercle dans les parties étroites, et un ovale allongé dans les plus larges, consistait lorsque l'organe était complètement développé en une dilatation étendue et en plusieurs petites cryptes réunies d'une façon irrégulière par des parties rétrécies plus ou moins longues. La longueur de la gouttière sectionnée atteignait en moyenne 0,46 millimètres, la longueur du canal sectionné 4,19 millimètres, le plus grand organe de Jacobson mesurait 8,43 millimètres, le plus court, 2,28 millimètres.

Le canal augmentait toujours de la partie antéro-inférieure à la partie postéro-supérieure.

A propos de l'épithélium, A. a toujours été de l'avis de Kölliker à propos des embryons et de Merkel sur l'adulte. Mais la disparition de l'épithélium, ainsi que le lieu et la façon dont elle se produit, est irrégulière. Il arrive que l'épithélium traverse la gouttière pour pénétrer dans le canal fermé, et qu'il diminue seulement dans toute la périphérie, et que la différence entre l'épithélium médian et latéral prenne seulement naissance à l'intérieur du canal, et que l'épithélium de la gouttière passe vers le haut ou la partie latérale de l'épithélium, et que cela ait lieu avant l'occlusion de la gouttière ou immédiatement après.

Les glandes de l'orifice présentaient la structure de glandes muqueuses acineuses. La pénétration était telle que, d'abord, elles pénétraient dans l'organe de tous côtés, tandis qu'à l'extrémité on ne voyait l'orifice des glandes que sur les parois supérieure et inférieure où leurs orifices étaient limités aux parois supérieure et inférieure.

On remarquera encore l'existence régulière d'une membrane basale, qui, épaisse de 0,008 environnait tout l'organe, ou n'était prononcée que d'un seul côté.

On observa deux fois à la partie latérale un épaissement capsulaire de la membrane entourant l'organe. Il faut consi-

dérer la faible concrétion calcaire ronde ou réniforme située au milieu de l'épithélium, sur les parois médianes et latérales.

11. HESSLER (Halle-S.S.). -- **Traitement des suppurations aiguës de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde.** — D'après les derniers traités d'otologie, on doit enlever mécaniquement le pus de l'oreille et de l'apophyse mastoïde et désinfecter la surface muqueuse. Pour l'otite moyenne suppurée, il suffit d'ouvrir assez largement le tympan au moyen de la paracentèse. Les pulvérisations ne chassent pas le pus, la gaze ou l'ouate entravent l'écoulement. Le mieux est de laisser l'oreille béante et de la tamponner avec de légers bourdonnets d'ouate ou de gaze. Les insufflations pour évacuer le pus de l'oreille moyenne sont superflues quand l'ouverture tympanique est suffisante, et nuisibles lorsqu'il existe du catarrhe pharyngé, des végétations adénoïdes, etc., vu le danger d'infecter l'oreille moyenne et l'apophyse mastoïde par l'introduction de sécrétions. Il faut soigner l'affection pharyngée et laisser l'oreille tranquille, car elle guérit ordinairement seule et l'ouïe reste normale. Les pulvérisations boriquées sont inutiles et même nocives lorsque la perforation tympanique est étendue. On n'obtient qu'artificiellement une auto-infection de l'oreille moyenne par le conduit auditif, lorsque des lavages de l'oreille font pénétrer les microorganismes du conduit dans la caisse. On emploiera la douche d'air comme moyen diagnostique et non curatif, si l'ouverture tympanique est encore assez large. S'il sort toujours du pus, il subsiste une collection purulente et il faut pratiquer la paracentèse.

Dans les suppurations mastoïdiennes, surtout si l'on peut suivre les traces d'une inflammation osseuse circonscrite, la perforation est seule indiquée. On n'emploiera les compresses chaudes de Priessnitz que dans les catarrhes légers de l'oreille moyenne et de la mastoïde ; l'iode altère l'aspect de l'inflammation et on ne s'en sert plus depuis dix ans. Le principal, dans la perforation mastoïdienne est de pratiquer une ouverture fistulaire osseuse artificielle, d'environ 5 à 8 millimètres, c'est à-dire assez large pour permettre le drainage des cavités de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde. On n'introduira aucune gaze dans le conduit, car cela ne facilite pas le drainage et entrave le libre écoulement du pus. Les injections et pulvérisations antiseptiques sont nuisibles et elles poussent à la sécrétion. Le mieux est de tamponner avec de la gaze stérilisée ; la gaze au sublimé fait un dépôt gris et empêche la granulation.

Lorsque l'enflure de la trompe et de l'oreille a disparu, l'air au moment de la respiration nasale, passe librement par la fistule osseuse, sans laisser pénétrer de pus. Le malade ne quittera le lit qu'après trois jours passés sans fièvre, et s'il y a eu des oscillations pyémiques de température, le pouls devra d'abord être redevenu normal. Le traitement est purement aseptique, très simplifié et il donne d'excellents résultats.

PANSE (Dresde), dit qu'il ne faut pas laisser les malades se soigner eux-mêmes, car ils ne procèdent pas aseptiquement ; il introduit une bande de gaze dans le conduit auditif et laisse la sécrétion s'écouler dans un pansement qu'il change lui-même lorsqu'il le faut.

BARTH (Marbourg), considère la méthode de Hessler comme peu appropriée, car elle diffère peu de celles que l'on regarde comme les plus mauvaises.

STACKE (Erfurt), depuis 3 ans n'emploie que l'asepsie. Dans les suppurations aiguës il a recours non seulement à l'irrigation, mais aussi à l'occlusion forcée ; dans les cas de sécrétion profuse, le tampon de gaze est soigneusement changé. Après la perforation, S. attache une grande importance au tampon qui conduit l'écoulement au dehors. D'après la méthode de Hessler, la plaie se rétrécit extérieurement et le regard pénètre difficilement profondément. Si tout va bien à l'intérieur, la plaie extérieure se cicatrise rapidement après l'enlèvement du tampon.

LEUTERT (Halle-sur-Saale), dit qu'à la Clinique de Schwartz on ne fait pas d'irrigations dans les otites moyennes suppurées aiguës. L. regarde comme une grosse faute de laisser le conduit ouvert dans les otites moyennes suppurées aiguës. Il faut prévenir une infection secondaire buccale, nasale et naso-pharyngée, et empêcher l'entrée de l'air dans le conduit auditif externe, au moyen d'un tampon de gaze qui sert en même temps de filtre.

BRIEGER (Breslau), considère que la méthode de Hessler est surtout dangereuse en ce qu'en obstruant hâtivement la plaie on n'est pas sûr de la guérison interne.

HARTMANN (Berlin), dit que la douche d'air dans les inflammations aiguës, d'après la méthode de Lucae, doit être rejetée. H. pratique aseptiquement la perforation, les plaies septiques doivent être traitées ouvertes, si possible. La guérison peut être ralentie par un tamponnement prolongé.

NOLTENIUS (Brême), après la perforation, laisse la plaie se guérir de l'intérieur à l'extérieur ; le meilleur moyen est le tamponnement et le drainage au plomb.

REINHARD (Duis bourg), rappelle qu'il a déjà signalé le danger des insufflations dans les otites moyennes suppurées aiguës à la dernière réunion des Naturalistes à Vienne.

WALB (Bonn), dit que le danger des douches d'air dans les otites moyennes aiguës a déjà été signalé de plusieurs côtés à la réunion des Naturalistes à Heidelberg en 1889.

HESSLER termine en disant que sa méthode ne concerne pas les otites moyennes suppurées aiguës, mais la perforation de l'apophyse mastoïde dans les empyèmes aigus.

12. JOËL (Gotha). — **Leptoméningite purulente consécutive à une otite moyenne suppurée aiguë chez un enfant de trois ans.** — Ce cas concerne un enfant atteint d'une otorrhée droite à la suite de la rougeole, et soigné par le médecin de la famille au moyen d'irrigations, jusqu'à ce qu'une forte infiltration des parties molles, sises derrière l'oreille, ait réclamé un traitement spécial. A l'ouverture, on trouva l'apophyse mastoïde remplie de granulations jusque dans l'antre, pas de carie de la paroi médiane ou supérieure de l'antre. L'opération se passa normalement, la température ne s'éleva pas, aucun symptôme de troubles faciaux ni d'équilibre. Cinq jours après, vomissements et forte fièvre, accidents cérébraux. Paralyxie faciale et bilatérale des abducteurs, céphalalgie tenace et léger délire, mort dix-neuf jours après la perforation.

A l'autopsie : méningite étendue de la base avec exsudat inodore d'un vert jaunâtre qui dilatait beaucoup les ventricules et pénétrait dans le canal cervical, nulle part on ne voyait de nodules tuberculeux. La dure mère était normale, elle n'était pas colorée sur le rocher de même que les os, mais le conduit auditif interne était rempli de pus qui rejaillissait sur l'acoustique et le facial. Comme il était inutile d'enlever le rocher, on se borna à ouvrir la caisse par le haut et on y trouva du pus.

La suppuration provenait donc de la cavité tympanique, et, vraisemblablement, elle avait gagné le labyrinthe après la destruction d'une fenêtre membraneuse et les fibres acoustiques avaient pénétré à l'intérieur du crâne. Cette voie est d'autant plus surprenante que les voies de pénétration existant chez l'enfant, la suture pétro-squameuse et l'hiatus subarcuatus étaient intacts.

Chez un second enfant, observé en même temps, atteint d'otite moyenne suppurée aiguë, qui succomba à une influenza intercurrente et à des accidents méningitiques, il existait aussi une méningite suppurée étendue, mais le temporal était intact

jusqu'à la suppuration de la caisse ; la méningite doit donc être imputée à l'influenza.

J. termine en citant la ponction du rachis à la région lombaire comme moyen de s'aider sûrement dans le diagnostic des complications endocrâniennes des suppurations de l'oreille.

KUMMEL (Breslau), demande si la suppuration n'avait pas été propagée par le canal facial, sans avoir provoqué pendant la vie une paralysie faciale appréciable, ainsi qu'il l'a vu dans un cas.

JOEL dit qu'on ne peut affirmer que la suppuration n'ait pas pénétré dans l'intérieur du crâne, mais la vraisemblance parle contre, car les premiers symptômes faciaux apparurent après les accidents méningitiques.

SELIGMANN (Francfort-s-M.), rapporte un cas de leptoméningite survenu à la suite de la suppuration d'un foyer caséifié du pariétal, il se produisit un abaissement de l'apophyse mastoïde, un gonflement du périoste, mais l'oreille moyenne demeura intacte.

PANSE (Dresde), demande quelle est l'utilité de la ponction lombaire de Furbringer.

BRIEGER (Breslau), relève l'importance de la question de Panse et il croit que cette ponction sert d'indication dans l'éventualité d'une nouvelle intervention.

13. STÄCKE (Erfurt). — **Méthode plastique pour recouvrir les surfaces osseuses dénudées à la suite de l'évidement des cavités de l'oreille moyenne.** — La méthode de S. consiste à former plusieurs lambeaux. Le lambeau principal, dont la base est en haut, est sectionné jusqu'au-dessus de la ligne temporale et rabattu en haut ; il n'est formé que de peau et laisse à découvert le périoste de l'apophyse mastoïde. Un lambeau périostal est détaché du bas de la ligne temporale jusqu'à l'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien au moyen de la rugine, et rabattu vers le bas. On introduit les lambeaux les plus longs par en haut, les lambeaux périostaux les plus courts par en bas, dans les cavités dégagées de l'oreille moyenne. La longueur du lambeau périostal est limitée par la ligne temporale, car au-dessus le périoste est interrompu par l'insertion du muscle temporal. Si le périoste recouvre insuffisamment l'apophyse mastoïde, S. s'aide avec le périoste des os occipitaux.

Lorsque le périoste a guéri, il faut s'occuper de la réépidermisation de la surface granuleuse de la plaie ordinairement granuleuse.

Cette méthode laisse subsister une ouverture rétro-auriculaire permanente, mais on peut la fermer par la plastique après en avoir contrôlé la guérison.

KRETSCHMANN (Maglebourg), croit qu'il faut préférer la transplantation en un temps à celle en deux temps, lorsque le lambeau du périoste entraverait une atrophie ultérieure du lambeau transplanté. Jamais les lambeaux ne doivent être trop longs, car la réunion ne se ferait pas, surtout si leurs extrémités se trouvaient sur l'épithélium de la caisse.

NOLTENIUS (Brême), s'élève contre la formation des lambeaux qui laisse une ouverture permanente derrière l'oreille. N. réussit toujours par la méthode de Kørner.

STACKE répond qu'il n'assigne pas de longueur déterminée aux lambeaux, mais il croit que d'après sa méthode on peut les tailler longs et larges autant qu'il en est besoin. Dans l'aditus et l'attique c'est le lambeau périostal et non le cutané qui doit guérir. Dans l'opération en deux temps, il n'est pas nécessaire de réanesthésier pour la seconde partie, car l'anesthésie cocaïnique suffit pour enlever les lambeaux.

A propos des remarques de Noltenius, S. s'étonne que les malades guérissent en quatre à six semaines par la méthode de Kørner, car les lambeaux ne pénètrent pas profondément, ce qui est nécessaire pour obtenir une guérison complète. S. lui-même s'est élevé contre l'établissement d'une fistule rétro-auriculaire permanente. Par la transplantation périostique, la durée ordinaire de la maladie (trois à quatre mois), est réduite de moitié. Les petites ouvertures sont avivées et suturées, et les grandes cavités cholestéatomateuses, après un long contrôle, sont fermées par l'ostéoplastie. Le principal est de recouvrir les os avec le périoste. S. ne répond pas des résultats, mais il donne simplement les indications d'une opération radicale, toutefois, il faut traiter chaque cas individuellement ainsi que le pense Kørner pour sa méthode. La méthode de S. ne peut être comparée à la plastique de Siebenmann car celle-ci est une prophylaxie persistante du foyer de la maladie contre des rétentions qui pourraient se produire.

ZAUFAL (Prague) a employé souvent la méthode de Kørner dans ces temps derniers parce qu'elle offre l'avantage de faire une large ouverture dans le conduit auditif externe par laquelle on voit toute la cavité osseuse et on suit les progrès de la guérison. En agrandissant l'ouverture, on peut aussi faire la transplantation par la méthode Thiersch-Siebenmann.

LEUTERT (Halle-sur-Saale), rapporte un cas de diagnostic précoce de cholestéatome récidivant, avec ouverture rétro-auriculaire permanente, souvent cette dernière peut ainsi rendre service.

KÖRNER (Rostock), croit que le choix de la méthode plastique dépend du résultat de l'opération. Il est indiqué de sectionner le premier lambeau cutané, car on peut le subdiviser. Le principal avantage de la méthode de K. est de guérir rapidement en soixante-dix, quatre-vingt jours. Il montre des photographies de son procédé.

HANSBERG (Dortmund) a pratiqué depuis quatre ans la méthode de Stacke dans environ cinquante cas d'otites moyennes suppurées. La plaie située derrière l'oreille guérissait en cinq à six semaines, et le traitement se faisait par le conduit auditif externe jusqu'à la guérison définitive. L'extérieur guérissait lentement, bien que les cavités internes fussent débarrassées de toutes les parties malades.

PANSE (Dresde), rappelle que dès 1892 il a décrit treize cas de formation de lambeaux analogues à ceux rapportés deux ans après par Körner. P. emploie fréquemment son procédé, car dans la carie de la pointe, il tamponne extérieurement et suture ensuite la plaie.

BRIEGER (Breslau), dit que les résultats fonctionnels sont meilleurs par la méthode de Körner.

3^e Séance. — Dimanche 2 juin, matin.

Président : Prof. ZAUFAL (Prague).

14. KÖRNER (Rostock) et JANSEN (Berlin). — **Sur les méthodes opératoires dans les diverses complications cérébrales otitiques.** — KÖRNER donne un aperçu historique des bases générales du traitement des suppurations intracrâniennes otitiques et des abcès cérébraux, en insistant particulièrement sur les travaux de Schede, Macewen et V. Bergmann en cette matière.

JANSEN fait une plus longue communication.

Pour les cas qui offrent les symptômes d'une suppuration intra-crânienne, mais qui ne permettent pas un diagnostic plus exact, il est important de savoir avec quelle fréquence sont apparues les diverses affections.

Parmi les malades de la Clinique Otologique de Berlin, pendant ces trois dernières années et demi, Jansen, sur cent-quatre-vingt-quatre cas non encore publiés, de suppurations intra-crâniennes, a rencontré :

144 abcès extraduraux.

35 thromboses des sinus transverses.

5 abcès cérébraux.

Pour les abcès extraduraux 161 fois la suppuration provenait de la fosse crânienne postérieure, 38 fois de la moyenne et 14 fois les deux fosses crâniennes étaient attaquées.

De là, il résulte que les suppurations extradurales sont les complications les plus fréquentes des otites moyennes suppurées et surtout des formes aiguës.

Les suppurations extradurales de la fosse crânienne postérieure dépassent cinq fois les moyennes; dans les formes chroniques, la proportion est de 2 à 1.

Dans nos observations les abcès du cervelet dépassent ceux des lobes temporaux (11 : 8).

Ces chiffres nous donnent une base solide pour le choix des opérations.

Dans les cas de diagnostic douteux, on n'ouvre la fosse crânienne postérieure qu'après la trépanation mastoïdienne et on suit leur ordre de fréquence dans les abcès péri-sinusiens, les thromboses des sinus et les abcès du cervelet.

Après avoir décrit la méthode, Jansen parle des suppurations épitympaniques dans lesquelles il suffit souvent de détacher le tegmen tympani de l'apophyse mastoïde.

Quand l'affection est plus étendue, Jansen recommande l'ouverture de la fosse crânienne moyenne d'après les indications de Bergmann, mais après la perforation mastoïdienne. Dans la pachyméningite interne il faut inciser la dure-mère, et dans l'arachnite circonscrite pure, la dure-mère et l'arachnoïde.

J. donne une description complète d'une troisième forme d'abcès extradural qui, du vestibule pénètre par les canaux dans les rebords supéro-postérieurs, et dont le pronostic ou leur situation profonde est toujours défavorable. Ces abcès profonds surviennent le plus souvent à la suite d'otites moyennes suppurées et sont relativement rares. Pour faire disparaître ces foyers de suppuration il faut ouvrir la fosse crânienne moyenne par l'écaille et extraire les parois supérieure et postérieure de la mastoïde jusqu'au noyau labyrinthique. Mais cela ne suffit pas.

Comme dans ces cas la suppuration labyrinthique a un caractère très destructif et met en danger l'arachnoïde, J. recommande l'ouverture du vestibule après le dégagement des abcès extra-duraux et décrit sa méthode.

A l'appui de son procédé, J. rapporte un cas qu'il a traité avec succès au début d'abcès profond extra-dural d'origine labyrinthique.

J. préconise aussi sa méthode pour les abcès du cervelet dans lesquels la suppuration du vestibule pénètre dans le cerveau par les canaux et dans ceux où l'on diagnostique avec certitude une suppuration vestibulaire.

Après l'ouverture radicale de la fosse crânienne moyenne et postérieure, et l'excision des parois postéro-supérieure mastoïdienne et l'enlèvement des canaux et de la partie postérieure du vestibule, on a un vaste terrain opératoire pour ouvrir les abcès du cervelet à la surface antérieure de cet organe.

Par la même méthode, mais sans attaquer le labyrinthe, J. dans ces derniers temps a ouvert deux fois des abcès du temporal par une incision longue de 5 à 6 centimètres à la surface inférieure, avec succès dans un cas et insuccès dans l'autre.

Un des avantages de ce procédé est qu'il permet de découvrir des fistules profondes, que la thrombose des sinus peut être opérée par la même voie, et qu'après la guérison, il ne reste plus de visible qu'une petite partie de la dure-mère, tandis que la portion principale est retournée dans la cavité temporale.

Lors de l'ouverture de la fosse crânienne postérieure après la perforation mastoïdienne, on voit d'abord la section du sinus sigmoïde. S'il est dégagé, on devra penser que la section a atteint le bulbe jugulaire. On pratique aisément l'ouverture avec le ciseau ou la pince à enlever les esquilles. Le sinus sera dégagé du foramen jugulaire tant qu'il sera septique, et en arrière jusqu'après la partie thrombosée, même s'il est nécessaire jusqu'au presseur d'Hérophile. Tant qu'on rencontrera la suppuration, on incisera et on excisera la paroi externe. Si le thrombus septique atteint la jugulaire, d'après J. la participation de la jugulaire est certaine, surtout dans les cas où la pyémie persiste après l'ouverture du sinus. Dans les cas de thrombose limitée au sinus J. considère en général l'ouverture du sinus comme suffisante. A la suite de la thrombose du bulbe, il peut survenir une maladie.

Par un évidemment simple de l'abcès périsinusien, on réussit à préserver de l'atrophie le thrombus récemment formé. Un fac-

teur important du succès est la gravité de l'infection, qui ne devrait jamais passer inaperçue dans les statistiques des divers procédés opératoires.

Pour finir, Jansen rapporte les résultats obtenus à la Clinique Otologique de Berlin.

BRIEGER (Breslau), d'après sa propre expérience recommande l'ouverture exploratrice de la dure-mère après la résection temporaire du crâne ; si le résultat était négatif, on remettait le lambeau cutané sur l'os et la guérison était prompte.

PANSE (Dresde), dit qu'au contraire de Koerner, Macewen choisit un endroit pour opérer et que c'est seulement quand le drainage est nécessaire, qu'il pratique une contre-ouverture dans le tegmen.

KRETSCHMANN (Magdebourg), croit qu'il ne faut pas toujours vider le sinus avec la curette, car une légère hémorrhagie pourrait facilement engendrer une nouvelle infection. Il vaut mieux attendre après avoir suffisamment incisé la paroi du sinus que les masses thrombosées se vident d'elles mêmes.

JOËL (Gotha), est pour l'ouverture de la cavité crânienne à la suite du dégagement de la cavité mastoïdienne, car ces procédés donnent des points de repère pour la diffusion de la suppuration.

J. présente également deux cas dont il avait parlé à Bonn (abcès cérébral et œdème cérébral) ; leur guérison persiste. L'abcès guéri ne demanda pas à être préservé bien que le malade exerce le dur métier de charpentier ; l'enfant atteint d'œdème cérébral (méningite séreuse [Quincke]) porte toujours une pelote.

HANSBERG (Dortmund), demande [à Jansen si l'ouverture large de l'abcès cérébral ne provoque pas un prolapsus cérébral ?

H. rapporte un cas d'abcès du lobe temporal dans lequel une ouverture de la dimension d'une pièce de trois marks fut pratiquée dans l'écaille et où, après l'ablation du toit du conduit auditif, on ouvrit largement l'abcès jusqu'au tegmen tympani ; le cinquième jour, il se déclara un prolapsus cérébral qui, au bout de quatorze jours, dégénéra en méningite et se termina par la mort.

KÜMMEL (Breslau), interroge sur le danger de la ponction et de l'incision exploratrice. A l'autopsie K. eut l'impression que de nombreuses incisions de ponctions très rapprochées avaient pu produire des ramollissements hémorrhagiques.

BARTH (Marbourg), croit qu'un prolapsus qui ne disparaît pas au cours du traitement pourrait être excisé sans danger.

B. demande aussi à Jansen combien de cas d'affections du cerveau et des méninges ont été opérés avec un résultat négatif à la Clinique Otologique de Berlin, et combien de fois l'ouverture de l'apophyse mastoïde a été suivie ultérieurement de celle de la cavité crânienne.

KESSEL (Jena), parle des opérations sur le labyrinthe qui démontrent qu'il n'existe pas de sixième organe des sens, car dans aucun cas il n'y avait de troubles de l'équilibre. On doit attribuer les symptômes cliniques aux ventricules, car on a aussi des raisons anatomiques pour le croire.

KERNER se félicite de l'unanimité des questions sur le traitement des abcès cérébraux.

K. répond à Kümmel que l'incision exploratrice peut être nuisible quand la dure-mère est épaissie, il faudra prendre garde d'introduire au fond des tissus infectés.

JANSEN dit à Kretschmann qu'il n'emploie la curette que pour les thrombus atrophies septiques, dans les thrombus solides, au contraire il perce.

A propos des prolapsus cérébraux cités par Hansberg, J. pense qu'il en a rencontrés, qu'ils peuvent devenir dangereux, si la substance cérébrale tombée à la suite de son écrasement par l'étroite ouverture de la dure-mère se gangrène; si la rétention purulente persiste le prolapsus aboutira à une méningite.

Quant aux questions de Kümmel sur les ponctions J. n'a remarqué aucune particularité lorsqu'elles étaient pratiquées avec le trocart.

BARTH répond à J. qu'on a opéré une série de cas dont le diagnostic était incertain; dans un cas, on incisa le lobe temporal, on ouvrit le cervelet avec le trocart et la malade vit encore actuellement malgré une grande hystérie. Dans des cas nombreux c'est seulement par une opération consécutive que l'on découvrit le foyer purulent.

A propos des remarques de Kessel, J. croit que ses connaissances n'embrassent que les cas où le labyrinthe physiologique était détruit et remplacé par du pus ou des granulations; dans les cas où le labyrinthe sain était atteint, il y avait presque toujours du vertige, des vomissements, du nystagmus, etc.

JOËL dit que dans le cas de méningite qu'il a présenté il a pratiqué douze incisions concentriques profondes dans le cerveau et il survint une aphasie sensorielle qui cessa au bout de quatre semaines.

A l'opposé de Jansen, pour la ponction exploratrice, il préfère le couteau au trocart.

KÜMMEL donne la préférence à l'aiguille à ponction, car par une large incision l'hémorrhagie qui se produit facilement peut gêner pour trouver l'abcès ; du reste quand il n'est pas sûr de l'état de la dure-mère, K. ne ponctionne qu'après avoir ménagé une large ouverture.

BARTH agit de même.

HANSBERG fait allusion aux hémorrhagies qui peuvent être engendrées par des blessures du plexus choroïdien et il recommande plutôt une seringue d'un gros calibre.

ZAUFAL (Prague), dit que dans l'inflammation de la dure-mère, même avec la ponction, il peut pénétrer des germes inflammatoires dans les méninges et dans la substance cérébrale, ainsi que Z. l'observa dans un cas communiqué à la réunion des naturalistes de Nuremberg. Dans des coupes en séries de thromboses des sinus, Z. trouva la section du sinus moindre que d'ordinaire, de sorte qu'en introduisant des instruments pointus on pouvait facilement blesser la paroi cérébrale du sinus et le cervelet. En dernier lieu Z. mentionne des coupes en séries de thromboses bénignes des sinus sans symptômes septico-pyémiqes où il a rencontré çà et là des foyers plus ou moins importants de parties thrombosées atrophiées et purulentes, de sorte qu'il eut été difficile en cas de blessure du cerveau d'empêcher une infection par l'aiguille à ponction.

JANSEN répond qu'il n'y a pas grand péril à pénétrer dans le sinus et la substance cérébrale.

15. O. WOLF (Francfort-s^r-M.). — **Le fer, le plomb, l'argent et le mercure en otologie.** — Dans sa communication W. explique l'influence médicamenteuse de ces métaux sur les affections auriculaires certaines, puis il parle des dangers auxquels ils exposent l'oreille par les intoxications.

W. recommande le fer dans les troubles trophiques de l'appareil nerveux de l'audition dus à l'anémie et à la chlorose. W. s'est bien trouvé du fer réduit par l'hydrogène mélangé par moitié au sucre blanc pris sur la pointe d'un couteau après le potage ; dans des cas nombreux, les troubles de l'appareil nerveux de l'ouïe cessèrent, ou les bruits subjectifs gênants disparurent. Les eaux et les bains ferrugineux employés dans les troubles labyrinthiques ont une tendance à augmenter les bourdonnements et les crises de vertige, ce qui est attribuable à l'acide carbonique. Le sirop d'hypophosphites de Felow ramène

l'appétit et facilite la digestion, il rend de grands services au cours de la convalescence.

Ainsi que W. le démontre par quelques observations intéressantes, les intoxications par le plomb, par un sommeil agité, une sensation de vertige et des bourdonnements agissent plus lentement mais plus efficacement sur la perte du pouvoir auditif. Dans les cas aigus, il s'agit d'un exsudat séreux qui peut se résorber par les moyens thérapeutiques, sans qu'il survienne de dégénérescence des fibres du limaçon, ainsi que cela se produit dans les cas chroniques à la suite de troubles trophiques. Dans ces intoxications, W. a obtenu des bons résultats de l'iodure de potassium de bains chauds avec sueurs consécutives et d'insufflations d'éther iodé dans la caisse.

Pour l'eczéma du conduit auditif externe, on emploie le plomb sous forme d'acétate en instillations ; dans les suppurations de la caisse, ces dernières ne diminueront pas la sécrétion d'une façon durable, et de plus elles formeront dans la caisse des précipités difficilement solubles d'albuminate et de sulfate de plomb.

L'argent contenant des principes colorants produit par son usage prolongé des bruits subjectifs dans les tons élevés, ainsi que Sapolini l'a déjà fait remarquer.

En ce qui concerne le nitrate d'argent, W. préconise l'emploi de petites perles de lapis mitigatus emmanchées sur des fils d'argent pour cautériser les parties corrodées du conduit auditif et des cornets. W. préfère le traitement par l'alcool sublimé à la solution de nitrate d'argent recommandée par Schwartze pour la cautérisation de la muqueuse relâchée de la cavité tympanique.

L'intoxication mercurielle provoque les mêmes accidents sur l'appareil récepteur du son, que le plomb dans les formes de labyrinthite aiguë. Dans un cas de kératite où, en cinq semaines, on fit sans contrôle particulier cinquante applications de mercure à trois grammes, une surdité préexistante empira rapidement. W. pratiqua des insufflations d'éther iodé dans la caisse, administra à l'intérieur de l'iodure de potassium à doses ascendantes, jusqu'à un gramme par jour, il fit tous les deux jours une injection de pilocarpine (0,001-0,003) qui améliora notablement le pouvoir auditif, toutefois plus tard il y eut une rechute, bientôt suivie de mieux, enfin la guérison survint à la suite d'une cure de huit semaines à l'Institut Kneipp de Wörishofen ; W. croit que l'air pur des montagnes, les soins de la peau, l'exercice, le

régime simple et la facilité de résorption ont eu une action bien-faisante sur la guérison du malade.

Dans les affections syphilitiques de l'oreille, W. n'a jamais obtenu de bons effets du traitement par les onguents. Il recommande au contraire l'alcool sublimé (0,10-100,0) en gouttes et en pulvérisations dans la caisse. Ce procédé détermine le dégonflement et la diminution de la sécrétion de la muqueuse de la cavité tympanique et peut aussi être employé dans les otites moyennes aiguës suppurées, lorsque l'inflammation primitive violente a disparu. Ce remède réussit dans la désinfection du conduit auditif et de la caisse, avant et après le grattage des granulations ou des parties cariées, il se prête aussi au traitement consécutif dans lequel il réussit. Enfin W. s'est servi de l'alcool sublimé dans l'otite externe aspergillaire, dans la furonculose du conduit auditif et pour faciliter la résolution et la disparition des masses cholestéatomateuses.

SZENES (Budapest) dit qu'il a obtenu de bons effets du plomb, en applications froides avec de l'eau blanche pure ou de l'eau de Goulard dans les eczémas aigus du pavillon de l'oreille, surtout au début ; si les symptômes inflammatoires primitifs ont disparu, on aura recours au traitement par les onguents.

S. confirme les heureux résultats obtenus par W. avec l'alcool sublimé à 1 ‰, mais il fait remarquer la douleur causée par ces instillations, qui, bien que ne durant qu'une demi-minute est très appréciable. La cocaïnisation n'est d'aucune utilité dans ces cas, et il faut chez les individus très sensibles pratiquer préalablement une instillation avec une solution de cocaïne à 10 ‰, qui est suivie d'anesthésie au bout de quelques minutes et que l'on sèche soigneusement, après quoi l'instillation d'alcool sublimé ne provoque plus aucune douleur. L'alcool et le sublimé agissent comme antiseptiques ; mais S. attribue le résultat favorable plutôt à l'alcool absolu, car il agit sur les éléments du tissu formés par l'eau et contribue à les dessécher.

STIMMEL (Leipzig), dit que les résultats obtenus par W. au moyen de l'alcool sublimé l'ont été par lui avec l'oxy-cyanure de mercure. + Alcool absol. dans les otites moyennes suppurées chroniques et aiguës ; il a été encore plus satisfait en alternant ce traitement avec une solution de résorcine à 2 ‰. Dans de nombreux cas d'otites moyennes suppurées, St. considère la douche d'air préventive comme indispensable, car depuis 20 ans qu'il exerce il n'a jamais eu d'accidents, mais en a toujours tiré profit. St. est en contradiction avec les résultats défavorables de

Wolf sur le traitement mercuriel de la syphilis du conduit auditif; souvent St. n'a observé que tardivement le succès de la cure mercurielle, aussi croit-il que chez le malade de W. la guérison est plutôt attribuable au traitement mercuriel qu'à la méthode Kneipp, ainsi que Wolf, St. n'a obtenu aucun résultat de l'iodure de potassium dans le syphilis de l'oreille interne.

NOLTENIUS (Brême) remplace l'expression de Wolf *Insufflations de la caisse* par *Introduction externe avec emploi consécutif de la douche d'air*.

REINHARD (Duisbourg) recommande, dans la syphilis de l'oreille interne, la combinaison du traitement mercuriel et des injections de pilocarpine. — R. vante aussi l'aluminium, tandis que, pour l'otite externe, il se sert des préparations d'acide acétique en pulvérisations et en gouttes.

DENNERT (Berlin) préconise l'emploi du fer et d'autres toniques dans les suppurations opiniâtres; dans un but humanitaire, on devrait limiter l'intervention opératoire aux cas où elle est directement indiquée.

16. SZENES (Budapest). — Devons-nous, dans des cas aigus, nous prononcer pour ou contre l'ouverture de l'apophyse mastoïde? (A paru *in-extenso* dans les *Annales*, numéro d'octobre 1895).

4^e Séance. — Dimanche 2 juin, après-midi.

Président : Prof. ZAUFAL (Prague).

17. SZENES (Budapest) — Sur un cas rare d'otite externe d'origine infectieuse (Publié dans les *Annales*, n° d'octobre 1895).

18. KATZ (Berlin). — Présentation de vues stéréoscopiques positives de préparations macroscopiques transparentes de l'oreille normale moyenne et interne. — La chose la plus instructive apparaissant dans une préparation à l'osmium est la représentation de l'extension du nerf cochléaire du limaçon et la vue du saccula et de l'utricule avec la macula acustica colorée en foncé par l'acide osmique. Sur un autre dispositif on voit les ampoules avec leurs canaux semi-circulaires cutanés. Plus loin, on aperçoit l'hélicotrema, l'aqueduc cochléaire et dans la membrane tympanique les poches de Trœltsch. Ensuite, en examinant la caisse du tympan à l'intérieur, on remarque le repli

relativement fort du tenseur circulant transversalement. Celui-ci est sans doute lié au pli interne frontal partant de la tête du marteau. K. croit qu'en sectionnant le tendon, dans la sclérose de l'oreille moyenne, par exemple, l'effet de l'opération est généralement peu durable, parce que ces replis favorisent la nouvelle formation des tendons.

19. KATZ. — **Présentation d'une préparation microscopique (extrémité du nerf cochléaire).** — Il s'agit de l'organe de Corti d'un lapin, sur lequel on voit clairement les rayons disposés en éventail de haut en bas des fibres s'irradiant à l'extérieur contre la partie interne des cellules de Deiters. D'après des préparations épluchées (Zupf) K. renonce à l'idée qu'il se produise une erreur de direction des fibres radiaires externes dans les fibres externes à trois rangs de spirales, il croirait plutôt que les spirales externes, fibres resserées, soient un appareil protecteur, en partie pour les cellules de Deiters, en partie pour les fibres nerveuses perdant librement à l'extérieur dans l'endolymphe, dans un espace assez large en forme de tunnel. Comme on s'en rend compte sur la préparation, ces fibres forment, ainsi qu'on le voit, sur la préparation une masse, sombre, granulation affectant la forme d'un manteau, décrite d'abord par K. et confirmée par L. Benda en gobelet à scie, dans lequel l'extrémité inférieure de la cellule bacillaire plonge. L'auteur a particulièrement bien observé ce manteau granuleux dans une préparation de formoline à 1%, provenant d'une souris. K. est porté à distinguer une étroite alliance entre les nerfs et cette granuleuse, qui obscurcit fortement la partie située entre le noyau des cellules bacillaires de Corti et celui un peu plus gros des cellules de Deiters. K. n'a pas remarqué de relation directe entre ces fibres nerveuses radiées et les cellules de Corti.

20. WALB (Bonn). — **Sur la prophylaxie et le traitement de l'otite moyenne suppurée chez les nourrissons.** — Encouragé par les communications de Kossel et Hartmann, W. a fait des recherches à la Polyclinique Infantile de Bonn qui recrute surtout des enfants rachitiques de 2 à 3 mois. Pour débarrasser le conduit auditif de ses masses desséchées, W. eut recours à la glycérine chaude, et éventuellement au lavage. Dans les cas d'otite moyenne suppurée persistante des nourrissons, W. enraya l'écoulement purulent de la trompe dilatée par des douches d'air.

Au point de vue prophylactique, W. croit que sitôt que possible après la naissance, il faut nettoyer le nez par une douche d'air, ce qui permet d'empêcher l'infection de l'oreille à travers

le nez. Dans ce cas, on se sert d'un petit ballon en maintenant l'autre narine ouverte ; pendant la douche d'air, l'autre fosse nasale ne doit être fermée que lorsque l'on craindra que les oreilles ne soient déjà affectées.

L'auteur recommande l'emploi de la douche d'air dans le but de généraliser l'usage des petits ballons chez les non-spécialistes (sage-femmes, et à l'occasion les mères).

PANSE (Dresde) demande, d'après l'avis de Haug, qui attribue une grande partie des suppurations auriculaires des nourrissons aux gonocoques, bien que Hartmann et Kossel n'aient jamais rencontré la gonorrhée de l'oreille moyenne, si l'on a fait des recherches à propos de cette diversité de vues.

BRIEGER (Breslau) pense que Haug est seul de son avis à propos des gonocoques, qu'il n'a jamais reconnus dans aucun cas. - B. fait aussi remarquer que le ministre de l'instruction publique, se basant sur les recherches de Hartmann et Kossel, a recommandé aux administrateurs départementaux d'attirer l'attention des sages femmes sur le danger et les conséquences de ces affections.

HARTMANN (Berlin) dit aussi qu'il n'a jamais vu de gonocoques à l'Institut berlinois pour les maladies infectieuses, même chez les enfants dont les autres organes ou les mères étaient atteints de blennorrhée spécifique. — Au contraire de Walb, H. préconise en première ligne pour le nettoyage de l'oreille, le détachement à sec des masses (relâchement avec la sonde et extraction avec la pince) ; si ce procédé échoue, le meilleur mode de désinfection est le peroxyde d'hydrogène.

BECKMANN (Berlin), croit que les déglutitions des enfants, citées par Walb, ne provoquent une inflammation de l'oreille que lorsque le naso-pharynx est malade, principalement si l'amygdale pharyngée est hypertrophiée ou enflammée. Aussi la douche d'air recommandée par W. doit-elle être rejetée dans ces cas et le seul traitement rationnel consiste à enlever l'amygdale pharyngienne.

ZAUFAL (Prague) regarde comme très périlleuses les insufflations d'air préconisées par Walb, pour chasser les collections importantes muqueuses, amniotiques, etc., du nez et du pharynx nasal, même lorsqu'une narine demeure ouverte et que l'on se sert d'un ballon de petit calibre.

Normalement, ces masses disparaissent lorsque l'enfant passe de la vie intra-utérine à l'air libre, par la respiration et par les mouvements de succion et de déglutition sans aide artificielle.

La largeur relativement importante de la trompe chez l'enfant favoriserait, par ces insufflations, la pénétration des masses dans l'oreille moyenne, et ainsi aiderait à ce que l'on voudrait éviter. L'emploi généralisé de ces insufflations après la naissance et surtout pratiqué par des personnes non habituées, telles que les sage-femmes dont parle Walb, devrait être sévèrement interdit. Z. rappelle également que d'autres tentatives faites chez les nouveau nés pour aider à la nature ont été nuisibles, tel, par exemple, le nettoyage de la bouche, dont le Prof. Epstein (de Prague), a démontré qu'il provoquait les ulcérations palatines dénommées aphtes de Bednar.

21. LUGE (Berlin). — **Nouvel instrument pour extraire le manche du marteau dans les cas de fort rétrécissement ou d'atrésie de la membrane tympanique** (démonstration). — Dans les cas de ce genre, on a tenté de tirer le manche du marteau avec un petit crochet, afin de séparer ainsi les synéchies qui se seraient formées. Il faut faire remarquer ici que ces tentatives ne sont indiquées que lorsqu'elles ne donnent lieu à aucun traumatisme des parties voisines. Aussi, l'usage d'un petit crochet ne donne-t-il pas les garanties nécessaires, tandis que, d'autre part, le but ne saurait être atteint, lorsque, par précaution, on n'emploie pas une force suffisante.

L. a comblé cette lacune par la construction d'un petit instrument qui produit la traction par une vis hélicoïde. Le mécanisme en est très simple. Le manche du crochet réside dans un cylindre, où il est ordinairement maintenu par un ressort. Si l'on serre la vis attachée au manche, le crochet se meut lentement à l'extérieur par des mouvements ascendants. On introduit le petit instrument de la main droite, suivant la forme de la cavité, le crochet émoussé est inséré en arrière ou devant la courte apophyse et l'on tire doucement le manche du marteau. Ensuite, on saisit le cylindre avec la main gauche, tandis que de la main droite on imprime les mouvements rotatoires. La dimension de la voie ainsi tracée est d'environ un millimètre.

L. emploie l'instrument depuis plus d'une année et il s'en est servi dans quatorze cas, dont six se sont notablement améliorés. Il ne s'est jamais produit de réaction inflammatoire, et, en raison de la guérison rapide de la plaie insignifiante de la membrane tympanique, l'opération peut être fréquemment répétée chez le même malade. Dans deux cas de récurrence opératoire, l'auteur pratiqua la ténotomie du tenseur du tympan, mais sans obtenir, par ce moyen, une amélioration appréciable.

22. HANSBERG (Dortmund). — **Démonstration de préparations anatomiques.** — H. montre plusieurs préparations anatomiques démontrant les rapports topographiques du temporal avec les parties isolées du cerveau, en particulier avec le lobe temporal et le cervelet. En tout, l'auteur fait voir quatre cerveaux, durcis, en partie dans le liquide de Müller et en partie dans l'alcool.

Pour démontrer la situation, on place un cerveau durci dans le liquide de Müller, dans un crâne macéré, dont la voûte a été enlevée, de façon à laisser voir presque toutes les circonvolutions cérébrales, et, en particulier, toute la surface externe du lobe temporal. Tous les centres corticaux, les centres des circonvolutions centrales, le centre moteur de la parole et le centre de l'aphasie amnésique, sont marqués par des traits coloriés, et l'on voit, par là, que ces centres ne peuvent être atteints par un abcès du lobe temporal, à l'exception du centre de la parole des circonvolutions temporales supérieures. Si l'abcès du lobe temporal provoque des accidents locaux, c'est par une action isolée sur le pédoncule postérieur de la capsule interne.

Afin de montrer la situation du dernier par rapport au lobe temporal, on montre un autre cerveau sur lequel les hémisphères ont été retirés si loin, que les ventricules latéraux avec la corne antérieure, inférieure et postérieure sont à nu, d'un côté, par la section de la partie supérieure, l'on aperçoit le corps strié et le thalamus opticus, la capsule interne est visible dans toute son étendue. Celle-ci est à l'intérieur de la corne inférieure, ainsi qu'on le voit sur la préparation.

Les relations de cette dernière avec la capsule interne sont particulièrement mises en lumière par des coupes frontales; dans ce but, on montre deux cerveaux durcis dans l'alcool, sur lesquels on a pratiqué une coupe frontale à travers la commissure postérieure du III^e ventricule, formant presque une étendue plane, que l'on croit formée par les deux conduits auditifs du crâne; par là, on voit que la corne inférieure est recouverte extérieurement par la capsule interne; un abcès du lobe temporal, partant du segment tympanique, se développe ensuite à l'intérieur, arrive au contact de la paroi externe de la corne inférieure et menace de dilacerer celle-ci, avant de provoquer les symptômes locaux. Nous aurions beaucoup moins d'accidents locaux au cours des abcès du lobe temporal, si le tissu du ventricule n'avait pas plus de consistance que la substance blanche médullaire environnante, l'abcès a d'abord tendance à fondre la

masse blanche médullaire et à s'y étendre, puis la situation anatomique défectueuse de la corne inférieure expose à ce que l'abcès cérébral la transperce sans avoir donné lieu à des manifestations locales. Aussi doit-on recommander, s'il est possible, même avant l'apparition des troubles locaux, de faire la trépanation, lorsque d'autres signes de pression intra-crânienne élevée (céphalalgie interne, papilles engorgées, etc.), produits par une suppuration auriculaire, nous engagent à diagnostiquer vraisemblablement un abcès cérébral.

PANSE (Dresde) ne croit pas à la propension qu'ont les abcès cérébraux à crever dans les ventricules, car les symptômes progressifs sont rares. Chez un malade observé à la clinique otologique de Halle, un hémisphère entier était converti en bouillie purulente, sans qu'aucun signe eût révélé l'abcès ou le lieu d'éruption.

JANSEN (Berlin) dit avoir observé plusieurs cas d'abcès étendus du lobe temporal tout entier, sans manifestations locales.

JOËL (Gotha) croit que les symptômes compressifs dépendent, non de l'importance de l'abcès, mais de l'œdème cérébral, aussi les abcès étendus (comme dans le cas de Panse), peuvent-ils ne provoquer qu'une légère compression. L'indication opératoire dépend de l'aspect clinique et il ne faut jamais attendre l'apparition des symptômes locaux.

HANSBERG répond à Panse que l'abcès ne pénètre pas dans tous les cas dans le ventricule, mais toutefois dans l'abcès du lobe temporal, la pénétration se produit dans la corne inférieure avant l'irruption des désordres locaux.

23. REINHARD (Duisbourg). — **Démonstrations.** — L'auteur montre d'abord un *limaçon exfolié pendant la vie* et donne une description complète de l'observation. Femme de 37 ans, qui, à la suite d'une rhinite aiguë, souffrit pendant 10 ans d'une otite moyenne suppurée gauche, qui présenta, trois semaines avant l'ouverture, les premiers accidents sérieux : douleurs de tête et d'oreille, vomissements, vertige. Trois mois après la perforation, il survint subitement une parésie faciale, on rouvrit l'apophyse mastoïde, et on trouva la paroi médiane de la caisse beaucoup plus cariée que lors de la première intervention : au cours de la cicatrization, on dut, à plusieurs reprises, soit extraire, soit cautériser les granulations de la paroi médiane de la caisse, jusqu'à ce qu'à l'occasion d'un changement de pansement, six mois après l'apparition des premiers symptômes labyrinthiques, on retira le limaçon séquestré dans une circonvolu-

tion et demie ; au bout de trois semaines, on enlève un fragment détaché de la paroi médiane osseuse de la cavité tympanique, et après un traitement prolongé pendant près d'une année, la guérison survint avec une épidermisation parfaite et de la sécheresse. R. croit que ce cas démontre qu'il faut attribuer l'inflammation labyrinthique suppurée à une otite moyenne suppurée, et, vraisemblablement, au cours de la labyrinthite, il s'est formé du côté du conduit auditif externe une occlusion par le tissu cicatriciel, qui a empêché la pénétration de la suppuration à l'intérieur du crâne.

R. présente ensuite une **calotte crânienne en lin** avec de grandes ouvertures laissant passer les oreilles, pour les trépanations ; ce moyen permet de maintenir aisément les cheveux non rasés, surtout chez les femmes.

Enfin, l'auteur montre un billot qu'il place sous la tête du malade pendant l'anesthésie, afin d'y faire reposer la moitié de la tête sur laquelle on n'opère pas.

PANSE (Dresde) présente des **serviettes** qui sont formées de la moitié d'un mouchoir et portant à leur tiers inférieur un trou sans marge, de la dimension d'un otoscope. Après stérilisation, on les applique sur l'oreille et la tête du malade et l'on introduit le spéculum dans le conduit auditif à travers le trou. On peut ainsi désinfecter sans toucher au pavillon de l'oreille et à son entourage, et préserver les vêtements du malade des souillures produites par le sang, la pierre infernale, l'iodoforme, etc.

24. BRIEGER (Breslau). — **Sur le carcinôme de l'oreille externe** (démonstration). -- B. fait voir la photographie stéréoscopique et le temporal d'une femme ayant succombé à un cancroïde de la moitié droite de la tête, remontant à plus de 20 ans. Pendant des mois, on percevait des pulsations étendues de la dure-mère sur les bords d'une grande partie du temporal nécrosé. Pendant l'abduction, on trouve une grande lacune dans l'écaille et le tiers latéral de la pyramide ; le conduit auditif était détruit jusqu'à une petite distance de la paroi postéro-inférieure, on distinguait nettement la caisse et l'antre. Du côté de la fosse crânienne postérieure et médiane, le crâne était largement ouvert. Le sinus transverse était totalement oblitéré, et la veine jugulaire thrombosée.

En opposition au dernier cas, je citerai l'observation d'un **cancroïde primitif de l'organe auditif** à marche rapide dont l'auteur montre les coupes microscopiques. Ici, on énucléa le

conduit auditif, après avoir décollé le pavillon, et l'on retira une glande enflammée sur l'apophyse mastoïde. Le périoste mastoïdien présentait des infiltrations cancéreuses, les os étaient intacts ; dans la cavité tympanique on trouva une suppuration muqueuse chronique et aucun rapport avec la néoformation du conduit auditif. Récidive au bout de quatre semaines.

B. énumère les difficultés du diagnostic, et le peu de poids qu'a souvent l'examen histologique. Dans le premier cas, l'examen des parties excisées à la surface de la tumeur démontra seulement l'existence de tissu granuleux. En plus, le pus auriculaire contenait des bacilles, qui, à la teinture, ressemblaient à des bacilles tuberculeux, mais, colorés dans l'alcool, paraissaient des bacilles smegma tels qu'on en rencontre dans la sécrétion de l'oreille et en particulier dans le cholestéatome. L'auteur rapporte ensuite un cas où l'examen histologique d'une parcelle de tissu excisé révéla un angio-sarcôme, qui, au début, offrait l'aspect d'une néoformation maligne ; la marche ultérieure de l'affection confirma l'opinion émise après l'examen histologique, et l'on fut assuré de la bénignité de la tumeur.

KRETSCHMANN (Magdebourg), met en évidence la difficulté du diagnostic du carcinôme de l'oreille moyenne ; il faut envisager ici, non seulement l'examen microscopique, mais encore les symptômes cliniques.

25. BECKMANN (Berlin). — **Présentation d'un instrument pour opérer l'amygdale pharyngée ; amygdales pharyngées excisées.** — L'instrument de B. est analogue à celui de Gottstein, mais toutefois il n'a pas le manche recourbé, les branches sont carrées et forment un angle plus grand avec le manche. On sépare d'un seul trait l'amygdale pharyngée du fibro-cartilage basilaire et de la paroi pharyngée postérieure. B. a pratiqué l'opération dans environ quatre mille cas, et il croit que dans 95 % des cas, chez des enfants au-dessous de 12 ans, le catarrhe nasal et les suppurations sont provoqués par l'amygdale pharyngée, de même que les affections de l'oreille moyenne ; de sorte que B. traite par l'excision de l'amygdale pharyngée les suppurations aiguës et chroniques, l'exsudat de l'oreille moyenne et le déplacement des trompes ; seules, les suppurations compliquées dues soit à la scarlatine, soit à la rougeole, sont justiciables d'un traitement spécial. Il faut, même chez les nourrissons, retirer l'amygdale pharyngée hypertrophiée, dès qu'apparaissent les premiers signes d'une otite moyenne.

NOLTENIUS (Brême), recommande d'opérer sous l'anesthésie,

car on peut ainsi mieux contrôler avec le doigt si toutes les parties malades ont été extraites.

HOFFMANN (Dresde), pense qu'il ne faut pas compliquer par l'anesthésie les opérations inoffensives.

JOËL (Gotha), préconise l'anesthésie éthylique qu'il a employée soixante fois depuis dix-huit mois. Par ce procédé, l'excitabilité réflexe n'est pas entièrement abolie et il n'est jamais survenu d'asphyxie.

BRIEGER (Breslau), cite les idées de Trautmann et Dieulafoy sur la relation existant entre l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et la tuberculose. Avant la publication du travail français, B. avait entrepris des examens histologiques et des inoculations avec les amygdales pharyngées hyperplasiques excisées, et il va faire continuer ses expériences sur une plus vaste échelle par le Dr Marx, son assistant : les résultats en seront publiés ultérieurement.

WALB (Bonn) pense que l'instrument de Beckmann est excellent pour les hypertrophies simples de l'amygdale pharyngée, mais il doute qu'il puisse servir à enlever en une séance les amygdales affectées de dégénérescence papillaire ; dans ce dernier cas, il faudrait recourir à des interventions répétées, et alors n'importe quelle méthode conduirait au but.

STACKE (Erfurt), dit qu'il a opéré des centaines d'amygdales pharyngées sous anesthésie, par les anciens procédés qui étaient douloureux. Depuis que S. emploie l'instrument de Schütz, il considère l'anesthésie comme superflue, car elle effraye plus les enfants qu'une courte opération qui est presque indolore, et que les enfants plus âgés supportent encore mieux grâce à la cocaïne.

WALB se loue également de l'instrument de Schütz.

V. WILD (Francfort), fait observer que l'instrument de Schütz présente l'inconvénient de sectionner seulement l'amygdale pharyngée et de ne pas enlever complètement les parties fibreuses environnantes, car le couteau est éloigné des os par les branches épaisses.

KAYSER (Breslau), pense qu'on ne doit employer l'anesthésie que lorsque l'on a affaire à de grands enfants absolument indociles ; les petits enfants peuvent être maintenus dans la position voulue. K. croit à la fréquence des récidives ; peu de temps après l'extirpation d'une amygdale pharyngée hypertrophiée, on trouve avec le doigt et le miroir tout l'espace libre, mais au bout d'un ou deux ans les excroissances reparaissent. Pour la

tuberculose K. fait allusion aux récentes expériences dans lesquelles le bacille tuberculeux a été trouvé dans la sécrétion nasale normale.

HARTMANN (Berlin), est d'avis qu'on ne doit recourir à l'anesthésie que pour des enfants poltrons, mais que celle-ci doit être légère, afin que les enfants réagissent encore dans ces conditions, c'est un moyen absolument inoffensif. A propos des divers procédés opératoires, H. considère l'opération à l'anse comme préférable pour les enfants déjà grands, car il n'y a pas de perte sanguine. Le serre-nœud enlève l'amygdale hypertrophiée dans sa totalité, toutefois moins la base fibro-cartilagineuse.

BECKMANN répond qu'il n'a jamais eu besoin d'anesthésier. Ordinairement, les affections nasales, chez l'enfant, dépendent d'une maladie de l'amygdale pharyngée, et si l'opération n'apporte aucune amélioration, c'est que l'on est intervenu insuffisamment et il faut recommencer l'opération; par exception, on trouve comme causes les déviations, les crêtes, les polypes, les corps étrangers, la syphilis. A propos des rapports entre l'amygdale pharyngée et les végétations adénoïdes, B. pense que ces dernières, connues comme pharyngite granuleuse, peuvent regrosser après une opération soigneuse de l'amygdale pharyngée; les luettes descendantes mentionnées dans la discussion ont été considérées par B., tant sur le cadavre que sur le vivant, comme des feuillets détachés recouverts de fortes proliférations de l'amygdale pharyngée. L'opération par l'anse à travers le nez est impossible, selon B., car les masses compactes de l'amygdale pharyngée sont souvent insaisissables avec le serre-nœud, et que, dans d'autres formes, le cartilage fibreux ne peut être extrait. B. pense de même à propos de l'intervention digitale, ici, souvent le tissu est déchiré, ce qui produit une surface irrégulière de la plaie exposant à une infection.

ZAUFAL (Prague), au contraire de Beckmann, dit que dans des centaines de cas il a enlevé sur des enfants de 8 à 10 ans des amygdales molles et friables avec le doigt; pour les enfants plus grands il emploie le couteau annulaire de Gottstein.

BRIEGER communique ses réflexions à propos des remarques de Kayser sur la tuberculose et il donne la préférence à la curette de Trautmann pour l'extirpation des amygdales pharyngées hypertrophiées.

26. LEUTERT (Halle-sur-Saale). — Démonstration de deux coupes de cholestéatome. — Dans les deux cas, il s'agit de tumeurs

revêtues à l'intérieur d'épithélium pavimenteux, et à l'extérieur de minces couches de tissu cicatriciel.

PANSE (Dresde) dit qu'il connaît le malade dont provient la seconde préparation ; dans ce cas l'épiderme s'était propagé dans le trajet de la cheville de plomb ; puis il survint la formation artificielle de cholestéatome citée par Zaufal.

27. KAYSER (Breslau). — **Présentation d'un appareil mesurant exactement la perméabilité de l'air à travers le nez (rhinomètre).** — L'appareil consiste en un soufflet, qui aspire avec une force égale une certaine quantité d'air. A la partie inférieure du soufflet est attachée une tige supportant en haut et en bas un chassis qui peut presser sur un levier à branches inégales. A l'extrémité de la branche la plus longue on insère une lame horizontale, en face de laquelle se trouve une burette graduée placée contre l'étroit orifice d'où s'échappe l'air. Une fois le soufflet fermé le chassis inférieur agit par en bas sur le long bras du levier et la burette est fermée. Dès que le soufflet s'ouvre, le bras du levier se renverse et l'eau s'écoule du point O de la burette, jusqu'à ce que le soufflet ait atteint une certaine dilatation et que le chassis supérieur par une pression sur le petit bras du levier ait renfermé la burette. En regardant sur la burette la quantité d'eau écoulée, on peut évaluer à 1/15 ou 1/20, la durée du courant produite par l'air inspiré par le soufflet, sitôt que l'on a empiriquement décidé, combien de temps a duré la descente de l'eau de O jusqu'au point gradué de la burette. Si l'on introduit l'ouverture du soufflet dans la bouche par un tube et une canule de verre, ainsi l'ouverture du soufflet pousse l'air à travers le nez dans le soufflet, et la durée de ce courant aérien donne la mesure de la perméabilité du nez.

28. ZAUFAL (Prague). — **Présentation d'instruments pour dégager les cavités de l'oreille moyenne.** — Z. fait remarquer d'abord que la plupart de ces instruments ne sont pas de son invention, mais qu'ils servent depuis longtemps aux chirurgiens.

Il présente des gorges de dimensions diverses, décrites dans son mémoire (*Archiv. f. Ohrenheilk.* xxxvii). Il y fit adapter des manches de buis, de façon à ce qu'on put les faire bouillir dans une solution de soude et d'acide carbonique. Ensuite Z. montre la pince de Luer dont il se sert ordinairement. Il a converti l'ancienne pince droite de Luer en un instrument à branches coupantes légèrement recourbées, qui se prête mieux encore à l'extraction de la partie épitympanique et quand l'espace

est restreint, comme chez les enfants. La pointe de la pince suffit à morceler les os en petits fragments.

L'auteur fait voir une *curette* se prêtant admirablement à l'enlèvement des membranes postéro supérieures de la paroi du conduit auditif, cet instrument se trouvait parmi les instruments chirurgicaux et il est dû à Gutsch. Enfin les curettes en forme de cœur pour vider la caisse et l'antre, et la sonde courbée à angle droit, tout en acier.

Le Prof. KUHN (Strasbourg) a été empêché par une indisposition subite de venir lire ses communications annoncées sur les tumeurs syphilitiques du nez et le carcinôme de l'oreille externe ; les manuscrits ont été adressés à la Société et ils ont paru in-extenso dans les comptes-rendus.

Il faut mentionner encore qu'à l'issue de la réunion il a été présenté un grand nombre de préparations et divers instruments oto-rhinologiques.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur l'anatomie et la pathologie des cellules ethmoïdales,
par RANGLARET (*Thèse de doctorat, Paris 1895*).

La partie anatomique de cette thèse renferme une division nouvelle des cellules ethmoïdales que l'auteur range en trois groupes. Le premier est constitué par un ensemble de cellules plus spécialement en rapport avec le sinus frontal et s'ouvrant dans la gouttière de l'infundibulum. Le second, ou groupe de la bulle, comprend des cellules s'abouchant dans la partie la plus élevée du méat moyen (gouttière de la bulle ethmoïdale). Le groupe postérieur s'ouvre directement et largement dans le méat supérieur. Cette division, basée sur plusieurs coupes et préparations sur le cadavre, exécutées par R., a un intérêt médico-chirurgical.

De toute la symptomatologie et la thérapeutique des ethmoïdites, décrites par R., nous retiendrons surtout la revue critique qu'il fait du traitement chirurgical des empyèmes ethmoïdaux.

Quand la suppuration est récente, d'autre part, quand le diagnostic est hésitant entre un empyème des cellules du groupe de l'infundibulum et un empyème de la bulle, R. préconise la résection du cornet moyen suivie de lavages méthodiques.

Dans les cas d'ethmoïdite ancienne, avec fongosités et carie étendue de l'ethmoïde, le curettage s'impose : deux voies à suivre, nasale et orbitaire. La première présente une exécution difficile, à cause de l'hémorrhagie, de la profondeur à laquelle manœuvrer la curette, et des échappées dangereuses qu'elle peut faire. Elle est justifiée, cependant, dans l'empyème limité de la bulle.

Mais dans tous les cas de suppuration totale de l'ethmoïde, dans les empyèmes limités des groupes antérieurs ou postérieurs, dans les suppuration latentes avec nécrose de l'os planum ou de l'unguis, on abordera l'ethmoïde par la voie orbitaire, suivant la méthode déjà préconisée par Gruening, Goris, Stewart. Cette route permet une exploration plus discrète des cavités malades, une plus grande facilité pour enlever les polypes, os cariés, etc., un meilleur drainage. Le seul inconvénient résulte d'une légère cicatrice au niveau de l'angle interne de l'œil.

La technique opératoire est simple : incision large portant sur l'angle interne de l'orbite, décollement du périoste en dedans des voies lacrymales qui sont rejetées en dehors, mise à nu de l'unguis, désinsertion du muscle de Horner et enfin décollement plus ou moins étendu de la lame papyracée. On effondre celle-ci à l'aide d'une curette, on nettoie, on lave, on draine et on termine par la suture des parties molles. Un point de repère précieux est fourni par le trou orbitaire antérieur qui limite les deux groupes antérieur et postérieur et permet l'évidement isolé de l'un ou de l'autre de ces groupes.

Cette voie permettrait d'aborder les sinusites sphénoïdales compliquant les ethmoïdites postérieures ; il en est de même des sinusites frontales, si fréquemment associées aux ethmoïdites chroniques. A cet égard l'auteur rapporte les heureuses tentatives faites par Jansen et Luc.

G. LAURENS.

Surdité labyrinthique et surdité verbale Contribution clinique à l'étude des aphasies dites sensorielles sous-corticales, ainsi que de la compréhension de la parole chez les sourds muets possédant encore un reste d'audition, par Dr C. S. FREUND (J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1895).

L'auteur se propose pour but de démontrer que la conception usuelle de la surdité verbale doit être élargie dans ce sens que

des lésions extra-cérébrales, telles que celles des organes terminaux du nerf auditif (affections labyrinthiques bilatérales) peuvent provoquer la surdité verbale tout en laissant une faculté auditive relativement intacte.

Ce travail est basé sur des observations cliniques très approfondies aussi bien au point de vue neurologique qu'au point de vue otologique.

Après avoir donné les détails des symptômes de deux cas d'aphasie dite sensorielle sous-corticale, l'auteur discute la cause des phénomènes décrits. Nous avons deux malades qui, sans aucune paraphasie, peuvent spontanément s'exprimer avec clarté et avec une richesse vocabulaire peu commune, mais qui présentent de la surdité verbale, un affaiblissement des facultés auditives ainsi que certains troubles de l'équilibre. L'apparition simultanée et la présence exclusive des trois parties de cette triade symptomatique engagent M. F. à rechercher si l'on ne peut pas attribuer à une lésion unique commune la surdité verbale, les troubles de l'ouïe, et les désordres de l'équilibre. Après avoir rejeté l'application des théories de Lichtheim et de Freud aux cas qui l'occupent, l'auteur conclut : « Un foyer pathologique unique ne peut être admis, pour expliquer la triade symptomatique en question, que s'il siège dans le labyrinthe. Toute autre interprétation doit supposer l'existence de plusieurs lésions siégeant à des points différents. » Bien plus, précisant davantage, l'auteur admet comme vraisemblable une hémorragie labyrinthique bilatérale.

Reste à voir si une affection labyrinthique bilatérale peut avoir une influence uniquement sur la compréhension de la parole. Les publications pouvant jeter quelque lumière sur cette question étant assez restreintes, M. F. entreprit des recherches sur des sourds-muets possédant encore quelque faculté auditive. Mais il s'agissait d'abord d'examiner s'il existe des résultats d'autopsie probants en faveur de l'origine labyrinthique de la surdité verbale. Or, H. Mygind qui a colligé toutes les modifications pathologiques trouvées dans l'organe de l'ouïe à l'autopsie de sourds-muets, constatant que si l'idiotisme se complique de surdi-mutité, celui-là est une conséquence d'une affection cérébrale congénitale ou acquise, surajoutée à la surdi-mutité ; que le sourd-muet, d'intelligence normale, possède un cerveau normal, arrive à la conclusion suivante : « La surdi-mutité doit, dans la règle, être considérée comme la conséquence pathologique d'une affection labyrinthique. »

Suivent trois observations de sourds-muets auxquels restent encore quelques vestiges d'audition. Ces cas présentent une grande analogie avec les deux premiers. Là aussi l'examen névrologique ne donne aucune preuve en faveur d'une lésion cérébrale ou d'un trouble psychique, et, au point de vue otologique, aucune altération périphérique ne se présente comme cause de la surdité, tandis que les résultats fournis par le diapason font admettre une affection labyrinthique bilatérale. M. F. admet donc que des troubles de la compréhension de la parole peuvent être déterminés par des lésions labyrinthiques.

Parmi les observations qui suivent, l'auteur reproduit le second cas d'Arnaud dont l'opinion a été réfutée par Freud qui refuse d'admettre une lésion intéressant les centres de la parole et de l'audition.

Passant ensuite à l'établissement de la surdi-mutité et rappelant le manuel de v. Trölsch, on peut dire que pour faire perdre la compréhension de la parole, il suffira d'une modification de l'organe auditif d'autant moindre que l'enfant sera plus jeune, et par conséquent moins développé au point de vue du langage. Ceci amène M. F. à faire l'éloge des exercices méthodiques de l'audition que le prof. Urbantschitsch est arrivé à faire pratiquer systématiquement à Vienne et dont nous avons pu constater les brillants résultats.

L. EGGER.

ANALYSES

I. — OREILLE

Sur une nouvelle soufflerie pour pratiquer la douche d'air, par MORPURGO. (*Bullet. delle malat. dell' orecch.*, etc., 1893, n° 6.)

Quand on administre une douche d'air selon le procédé classique de Politzer, on rencontre, pour peu qu'on ne soit pas expert en la chose, toute une série de difficultés pour arriver à comprimer la poire au moment précis où le voile se relève, pour obturer complètement les narines, presser le ballon avec une force suffisante, ne pas blesser la muqueuse nasale avec l'extrémité de l'instrument, etc. Frappé de ces inconvénients, M. a cherché à construire un appareil qui mit le procédé de Politzer à la portée des médecins non spécialistes.

Son appareil se compose essentiellement de deux parties ; une poire et un tube en caoutchouc. Le tube est renflé à l'une de ses extrémités, celle qui s'adapte à la poire ; l'autre extrémité est écrasée par une pince de Mohr. La poire est munie d'un jeu de valvules permettant, lorsqu'on la presse, de comprimer l'air dans le tube : sous cette influence, la partie renflée de celui-ci se dilate et arrive à présenter un volume supérieur à celui de la poire elle-même. Si l'on vient alors à ouvrir la pince de Mohr, le réservoir d'air se vide instantanément. C'est cette décompression brusque que l'auteur met à profit pour donner la douche d'air. Le tube étant muni d'un embout nasal, il suffit d'obturer les narines et de faire prononcer la voyelle *a* pour faire passer l'air de l'appareil dans la caisse ; en gonflant plus ou moins le réservoir d'air, on gradue aisément l'impulsion ; enfin cet instrument est d'un maniement bien plus commode que la simple poire pour le malade qui doit se donner lui-même la douche d'air.

Cet appareil rappelle un peu celui de Lucæ : la façon de s'en servir est pourtant différente. car tandis que Lucæ obtient, par ces pressions répétées de la poire, un courant d'air continu, M. se sert d'une décharge brusque et subite. On peut d'ailleurs obtenir

avec l'appareil de M. un courant d'air continu, si l'on veut faire un cathétérisme par exemple : il suffit pour cela de supprimer la pince de Mohr et d'adapter au tube une canule nasale à lumière très petite.

M. BOULAY.

La fonction et le développement de la fonction des canaux semi-circulaires, par le Dr SCHÆFER, de Rostock. (*Zeits. f. Psych. und. Phys. der Sinnesorgane*, anal. in *Arch. of otol.*, n° 1, 1895).

Les invertébrés ne présentent aucune trace de vertige immédiatement après avoir subi la rotation sur le plateau tournant. A ce point de vue il y a un contraste très net entre les vertébrés et les invertébrés, c'est-à-dire entre les animaux avec et sans labyrinthe. La rotation ne produit de vertiges chez les têtards que lorsque le développement du labyrinthe est complet. M. LS.

Sur l'audition biauriculaire, par le Dr E. BLOCH, de Fribourg-en-Brisgau. (*Arch. of otol.*, n° 2, 1895).

Si deux diapasons vibrant à l'unisson (expérience de Le Roux) sont placés chacun devant une oreille, on perçoit un son très fort et plein ; si les deux diapasons sont placés devant la même oreille le son est beaucoup plus mince et faible ; si un des diapasons étant tenu devant une oreille, on approche graduellement le second de la deuxième oreille, le son est renforcé dans la première ; enfin lorsque le deuxième diapason est assez près pour que les deux diapasons soient perçus également, ils ne sont plus perçus dans les oreilles, mais dans la tête formant ainsi un champ auditif subjectif.

On a dit que dans ce cas il n'y avait que l'addition de deux impressions mono auriculaires, mais il est possible aussi, comme le pense Urbantschitsch, qu'il s'y ajoute une excitation centrale subjective qui augmente l'intensité du son perçu. Ce phénomène de l'augmentation de l'audition par la perception biauriculaire pourrait servir dans la recherche de la surdité unilatérale simulée.

La fonction la plus importante de l'audition biauriculaire est la direction des sons. Elle est plus parfaite dans les plans horizontal et frontal que dans le plan sagittal : dans les deux premiers elle dépend de la comparaison de l'intensité de perception de l'une et l'autre oreille, dans le troisième c'est l'influence du pavillon qui est prédominante.

La qualité des sons importe pour notre appréciation de leur direction. Les sons soutenus et d'un timbre peu élevé sont localisés plus exactement que les autres. Toutes choses restant égales, nous avons de la tendance à projeter un son faible en arrière et un son plus fort en avant. Avec une seule oreille la direction des sons reste toujours assez peu précise.

M. LS.

Sur la perte de la perception auditive d'une oreille, par FERD. ALT. (*Monatschr. für Ohrenheilk*, p. 159, n° 5, mars 95).

Sous le nom de perte unilatérale de l'ouïe l'auteur décrit des troubles analogues à ceux qu'on observe parfois du côté de l'œil chez des sujets ayant des lésions légères, une petite cicatrice de la cornée par exemple. Le malade ayant une oreille moins bonne (lésion catarrhale ou plastique), s'habitue à n'entendre que du bon côté, dans toutes les circonstances de la vie, il arrive ainsi à une perte complète de l'audition. Le traitement de l'oreille malade est en général impuissant à ramener l'usage de l'oreille malade.

Dans les cas où toute perception n'est pas abolie, l'auteur conseille le traitement suivant : quinze à vingt fois par jour, boucher pendant deux à trois minutes l'oreille saine avec de la ouate et le doigt et s'exercer à percevoir nettement les sons avec l'oreille malade.

PAUL TISSIER.

De la toux auriculaire, par le D^r MAX BREITUNG (*Deutsche medizin. zeit.* 1893, n° 6).

La toux réflexe d'origine auriculaire est connue depuis longtemps, mais les médecins n'y songent pas en général de sorte que l'auteur a eu l'occasion de voir toute une série de malades, soignés à tort et pour un début de tuberculose pulmonaire et tout à fait désespérés. L'examen complet du naso-pharynx et des oreilles, fait par principe dans tous les cas, permit de voir que des bouchons de cérumen obstruaient chez ces touseurs le ou les conduits auditifs sans aucun trouble local; le nettoyage de l'oreille a dans tous ces cas rendu les patients à la santé. Le fait s'explique par la compression de la paroi postérieure du conduit auditif que traversent un filet du pneumogastrique et des filets du trijumeau qui peuvent les uns et les autres servir de voie centripète du réflexe de la toux.

M. N. W.

Des larves de mouche-bleue dans l'oreille, par le D^r H. WILKS.
(*Brit. med. journ.*, 1895, p. 779).

Un homme éprouve des douleurs d'oreille, aussitôt après une chute de cheval; il y a des bourdonnements, de la surdité, du vertige et un écoulement teinté de sang par le méat auditif. L'examen de l'oreille fait voir plusieurs corps blancs mobiles sur la membrane du tympan; l'un d'eux est extrait à l'aide d'un forceps et reconnu comme larve d'une mouche-bleue, les autres sont éloignés par le lavage du conduit. Le tympan est blanchâtre et trouble, une ulcération superficielle siège sur la paroi postérieure du conduit auditif, tous ces symptômes disparaissent rapidement. Le patient avait bien éprouvé déjà depuis quelques temps des bourdonnements avec surdité, mais il en était si peu incommodé qu'il ne s'était pas occupé de son oreille jusqu'au jour où la chute devint la cause d'accidents plus inquiétants.

M. N. W.

Traitement de l'otite externe circonscrite par le collodion salicylique, par le D^r J. DUNN, de Richmond (*Arch. of otol.*, n° 2, 1895).

L'auteur vante le collodion à l'acide salicylique dans le traitement de la furonculose et des mycoses de l'oreille externe. Il reconnaît toutefois que cette application est douloureuse et qu'elle n'est pas sans danger, car si on badigeonne le tympan en même temps que le conduit on peut avoir des perforations de la membrane.

M. LS.

Suppuration de l'oreille moyenne droite et abcès cérébelleux à gauche, par M. CLEVELAND, de Philadelphie (*Arch. of otol.*, n° 2, 1895).

Enfant de 6 ans, ayant une suppuration de l'oreille droite, qui est pris de douleurs, de vertiges et de vomissements. Quelques jours après on ouvre l'apophyse mastoïde sans résultat et l'enfant succombe.

L'autopsie révèle la présence d'un abcès en formation dans l'hémisphère gauche du cervelet. L'auteur ne trouve à citer que trois faits de ce genre (Wilks, Prentiss, Knapp).

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est la persistance du sinus pétro-squameux droit qui était thrombosé et était le point

de départ de l'infection cérébelleuse. On sait que le sinus pétro-squameux situé, comme son nom l'indique, entre les portions pétreuse et écailleuse du temporal, existe au début de la vie fatale et fait communiquer le sinus latéral avec la veine jugulaire. Il s'oblitére habituellement, mais peut persister et, dans quelques cas rares, passe entre le conduit auditif externe et la cavité glénoïde pour venir s'aboucher dans la veine temporale. C'est d'ailleurs une disposition habituelle chez plusieurs animaux et notamment chez le chien (Quain).

M. LS.

Attaque épileptique chez un malade ayant subi l'opération de Stacke, par le Dr HERZOG, de Chicago (*Arch. of otol.*, n° 2, 1895).

Le contenu du mémoire est suffisamment indiqué par son titre, car l'auteur ne donne pas d'explication du fait qu'il décrit en détail. Chez un jeune homme de 19 ans, il se produisit une attaque unique, très caractérisée, quinze jours après l'opération. Plusieurs mois après, il ne s'en était pas produit de nouvelle.

M. LS.

Traitement du cholestéatome du rocher par une ouverture permanente rétroauriculaire, par le Dr C. REINHARD (*Arch. of otol.*, n° 2, 1895).

Sur quatre-vingt ouvertures de l'antre faites en 5 ans et demi, Reinhard a trouvé vingt-cinq fois des cholestéatomes dont treize terminés par la guérison. Sur ce nombre neuf sont guéris depuis 1 à 4 ans; les quatre autres sont en observation depuis 2 à 10 mois. Il y a eu trois décès et quatre rechutes; cinq sont encore en traitement.

Wegener a décrit au Congrès international de Berlin la méthode de Schwartz pour obtenir une ouverture permanente et suffisamment large au moyen de la transplantation d'un lambeau pris sur le cuir chevelu. Reinhard après avoir brièvement rappelé les diverses opérations préconisées contre les cholestéatomes, insiste également sur la nécessité d'obtenir cette ouverture permanente pour éviter les récides. Lorsque la cavité qui contenait le cholestéatome s'est épidermée, elle se remplit peu à peu de lambeaux épidermiques qui, tôt ou tard, ramènent la suppuration s'il n'y a de communication avec l'extérieur que par l'intermédiaire du conduit auditif externe. L'ouverture derrière

l'oreille prévient cette complication puisqu'elle permet d'enlever facilement les membranes épidermiques à mesure qu'elles se forment.

Il est très difficile d'obtenir la béance de l'ouverture par le drainage, la cautérisation, etc., mais on peut arriver à ce résultat soit en employant de larges lambeaux adhérents du cuir chevelu (méthode de Schwartze), soit par la transplantation de greffes, soit enfin en prenant le lambeau à la surface postérieure du pavillon, méthode que Reinhard préconise tout en reconnaissant que les deux autres rendent des services. Nous renvoyons à son mémoire pour la description détaillée de son procédé.

L'auteur dit qu'il faut chercher autant que possible à obturer la trompe d'Eustache, ce qui est une condition favorable. La durée du traitement pour obtenir une épidermisation complète varie de deux à neuf mois.

M. LS.

Trois cas d'otite grippale avec abcès sous-duremériens, par le Dr VULPIUS, de New-York (*Arch. of otol.*, n° 2, 1895).

Dans ces trois cas il se développa une otite moyenne avec des symptômes très aigus : l'issue du pus ne se faisant pas suffisamment par la membrane tympanique, la suppuration envahit les cellules mastoïdiennes, la fosse cérébrale postérieure, et, dans deux cas, la fosse cérébrale moyenne. Dans les trois cas il n'y avait que des symptômes mastoïdiens et les collections sous-duremériennes et périveineuses ne furent trouvés que pendant l'opération. — L'auteur recommande, pour éviter ces complications, d'ouvrir largement le tympan au galvano-cautère. M. LS.

Déhiscence spontanée de la paroi du canal semi-circulaire supérieur, par le Dr J. DUNN, de Richmond (*Arch. of otol.*, n° 2, 1895).

Trouvaille d'autopsie : il n'y avait rien de pathologique ni dans les oreilles ni dans le crâne. Il s'agissait d'un nègre.

A droite, large déhiscence irrégulière à la jonction fibro-squameuse du temporal communiquant avec l'antre. A la partie interne vingt à vingt-cinq petites déhiscences dont la plus externe communique avec l'antre, la plus interne avec l'attique. Enfin on voit une déhiscence transverse de 5 millimètres de long, occupant toute la paroi supérieure du canal semi-circulaire supérieur. Il y a aussi des déhiscences au-dessus du ganglion géniculé et de l'artère carotide.

A gauche, même aspect général, mais la paroi osseuse est bien marquée et épaisse au niveau du canal semi-circulaire.

M. LS.

Sur la maladie de Ménière, par J. GRUBER (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, p. 181, n° 6, juin 1893).

Il faut tout à fait repousser la dénomination de symptômes de manifestations de Ménière et ne désigner sous le nom de maladie de Ménière que le cas de lésions primitives du labyrinthe avec la triade symptomatique : vertiges allant jusqu'à la perte de connaissance et les vomissements, sensations auditives subjectives et dureté de l'ouïe ou surdité. Les lésions à évolution fébrile, la labyrinthite peut en être facilement distinguée. Pour les autres lésions, la forme apoplectique pure, par celle que l'on peut désigner sous le nom de sécrétoires que l'on ne peut pas toujours différencier pendant la vie, on peut conserver la dénomination de maladie de Ménière, et dans ceux où l'on peut facilement saisir l'étiologie (traumatisme) on doit préciser davantage le diagnostic. Il exprime l'espoir que l'on isole bientôt la forme sécrétoire et il insiste sur le rôle joué par les annexes du labyrinthe.

PAUL TISSIER.

Teinture d'iode dans les otites suppurées chroniques, par F. P. HOWER, (*N. Y. Med. record*, 6 juillet 1895. Discussion de la *New-York. medical association*).

H. rapporte plusieurs cas d'otorrhées très anciennes guéries en quelques semaines par des cautérisations à la teinture d'iode faites deux à trois fois par semaine. Il est souvent indispensable d'élargir la perforation tympanique. L'iode qui pénètre par la trompe d'Eustache et donne dans la bouche un goût métallique n'a pas d'inconvénient. La teinture d'iode est bien plus active que le nitrate d'argent, le bichlorure et l'iodoforme. La douleur qu'elle provoque est facilement tolérée.

Hepburn a lui aussi obtenu de bons effets de la teinture d'iode dans des otorrhées tenaces avec membrane pyogénique. Pour faire cesser la cuisson qui suit le badigeonnage, il suffit de mettre dans l'oreille du coton qui arrête l'air.

Payne recommande d'employer très largement la teinture d'iode pour réussir. Dans les cas de granulations très volumineuses, il emploie de plus le curettage et l'acide chloracétique. Il insiste sur le retour de la fonction auditive après le traitement par l'iode.

Quinlan dit que dans 80 % des cas c'est dans le naso-pharynx qu'il faut chercher, trouver et traiter l'affection cause de l'otorrhée.

Howar rapporte un fait où ni l'ablation des amygdales ni celle d'un cornet hypertrophié n'avaient guéri une otorrhée qui céda très rapidement à la teinture d'iode.

A. F. PLICQUE.

II. — NEZ ET SINUS

Sur l'évolution du sclérome des voies respiratoires, par SCHRÖTTER. (*Monats. f. Ohrenh.* n° 3, p. 149, mai 1895).

L'observation du malade en question, soigné pour la première fois en 1887 par Schrötter (son affection remontait alors à 7 ans), a été publiée plusieurs fois (Paltauf, Juffinger). Il s'était si bien habitué à se cathétériser lui-même qu'il ne revenait que lorsque la gêne devenait plus marquée. En 1890, il s'était formé au niveau de la partie inférieure de la canule un rétrécissement qui avait nécessité l'emploi d'une canule plus longue. En 1894 il vint mourir à la clinique de Schrötter, pâle, marastique, avec dyspnée intense, expectoration abondante et fétidité de l'haleine.

A l'autopsie on trouva du sclérome du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée, s'étendant jusque dans les bronches ; de la trachéite et de la bronchite putride consécutives à une pneumonie avec gangrène pulmonaire ; dégénérescence amyloïde (rate, reins).

La maladie a duré 20 ans ; l'extension progressive de l'affection du nez vers la trachée et les bronches avait amené un état de marasme. La bronchite putride semble due à l'introduction du cathéter malpropre par le malade.

Ce fait montre, outre la nécessité de l'antisepsie, l'effet remarquablement favorable du cathétérisme dans le sclérome.

PAUL TISSIER.

Relations des maladies du nez et de ses annexes avec les maladies des yeux, par GEORGES LAURENS (*Gazette des hôpitaux*, 7 septembre 1895).

Une observation de C. Ziem, en 1882, a été le point de départ de l'étude des troubles rhino-ophtalmiques, aujourd'hui bien connus grâce aux progrès de l'ophtalmologie et de la rhinologie. On peut les diviser en : a) réflexes, manifestation des nombreuses

névroses nasales, se traduisant principalement par des douleurs de la photophobie, du larmoiement, de l'asthénopie, quelquefois par du blépharospasme, de l'injection conjonctivale, rarement par de l'iritis, du goître exophtalmique, du rétrécissement du champ visuel, etc. ; b) inflammatoires ou infectieux. Tandis que les premiers relèvent surtout de la rhinite hypertrophique, ceux-ci sont provoqués indistinctement par toutes les maladies des fosses nasales, du cavum ou des sinus, et l'infection se fait ordinairement par les voies lacrymales.

Plusieurs théories sont en présence pour interpréter ces troubles. L'une, certaine, indiscutée : la théorie lacrymale. On ne saurait en effet nier la corrélation étroite qui existe entre une rhinite atrophique fétide, une dacryocystite et un ulcère infectieux de la cornée coexistant chez le même malade. Dans ce cas, plusieurs modes d'infection : 1° obstruction mécanique du canal lacrymo-nasal (polypes, corps étrangers, etc.). 2° propagation infectieuse par continuité. Ici les voies lacrymales peuvent : a) être affectées et retentir ensuite sur l'œil, b) transporter les germes microbiens directement sur la conjonctive, sans présenter elles-mêmes de lésions apparentes (ozène). Quant aux troubles réflexes, ils peuvent s'expliquer soit par la théorie nerveuse, les accidents oculaires étant dus à l'irritation des filets terminaux du trijumeau nasal (E. Berger), soit par la théorie vasculaire basée sur la turgescence du tissu érectile et la stase collatérale cheminant des vaisseaux hyperémiés du nez vers l'intérieur du globe oculaire (C. Ziem). La thérapeutique devra s'inspirer de cette étude pathogénique et un traitement nasal approprié suffira souvent pour guérir à lui seul des lésions oculaires jusque là rebelles.

M. L.

Aspergillus glaucus dans les fosses nasales, par le Dr J. DUNN
(*Arch. of otol.*, n° 2, 1893).

Chez un homme de 68 ans qu'il avait cautérisé deux fois à l'acide chromique, l'auteur trouva sur les escharres des amas que les cultures et l'examen microscopique démontrèrent être déterminés par l'*aspergillus glaucus*. Le malade était diabétique : la végétation du champignon n'avait donné lieu à aucun symptôme.

Dunn croit ce fait unique. Il conteste un cas de Schubert qui dit avoir trouvé l'*aspergillus fumigatus* dans le mucus nasal. Le cas de Siebenmann qui trouva un *aspergillus* ne prouve rien

car l'examen fut fait après la mort. Enfin, J. N. Mackenzie a trouvé l'*aspergillus fumigatus* dans l'ancre d'Highmore.

M. L.S.

Ostéome des fosses nasales ; crises épileptiformes ; abaissement du nez, ablation de la tumeur, guérison, par M. ADENOT (*Lyon médical*, 1893, n° 17 et 18).

A l'occasion de la description d'un cas très intéressant qu'il vient d'observer, l'auteur rappelle les travaux faits sur ce sujet par M. le prof. Poncet, M. le prof. Pollosson, M. Montaz.

Il termine en résumant ainsi son étude :

« Nous relatons une observation personnelle d'ostéome des fosses développée chez un homme de 25 ans environ, mais ayant manifestement débuté plusieurs années auparavant. Cette tumeur, développée sur le plancher des fosses nasales et fusionnée avec l'os par une large base d'implantation s'accompagnait de symptômes épileptiformes dont les relations de cause à effet sont discutables. On est très autorisé néanmoins à admettre un réflexe nasal comme origine de ces crises d'épilepsie.

« L'ablation de l'ostéome, en modifiant les conditions de sa circulation intra-crânienne ou en supprimant le foyer d'excitation, supprima temporairement les crises d'épilepsie. « La tumeur osseuse paraît appartenir au groupe des ostéomes ostéogéniques, et se distingue des ostéomes ordinaires dont le signe caractéristiques est la mobilité. »

L. EGGER.

Sur la pathologie des polypes hémorrhagiques du septum, par CARL BIEHL (*Monats. für Ohrenheilk.*, p. 187, n° 6, juin 1893).

Signalés par Lange, dénommés par Schadowaldt, les polypes hémorrhagiques du septum sont rares, l'auteur en a observé deux cas. Si le nom est cliniquement commode, il n'est pas fondé le plus souvent au point de vue histologique. Il serait bien préférable, comme le dit Alexander, de donner à chaque cas le nom qui lui convient en se plaçant au point de vue anatomique.

Le principal symptôme est l'hémorrhagie souvent abondante ; quelquefois les malades se plaignent d'obstruction nasale. La maladie atteint surtout les femmes.

Elle a une évolution rapide, explosive (Schadowaldt). Il suffit de lire le résultat de l'examen histologique dans les deux cas de Biehl pour s'assurer qu'il n'y a qu'une fort lointaine analogie avec la structure des polypes muqueux.

Dans les deux cas il s'agissait d'angiome caverneux vrai. Dans l'un diffus, dans l'autre encapsulé par une zone de tissu conjonctif néoformé. A noter une prolifération abondante colossale de l'endothélium, particularité fréquemment notée au niveau des angiomes du foie.

Peut-être y a-t-il une relation entre ces tumeurs et les lésions de la muqueuse du septum qu'on trouve souvent dans les cas d'épistaxis : dilatation vasculaire, léger soulèvement de la muqueuse. Ce serait la lésion à son début. PAUL TISSIER.

De la décortication de la muqueuse pituitaire comme mode de traitement de certains polypes muqueux des fosses nasales, par BEAUSOLEIL. (Association franç. pour l'avancement des sciences, séance du 8 août 1895).

Si les polypes muqueux sont implantés en nappe, et que la muqueuse nasale soit hypertrophiée et parsemée de petites granulations diffuses, l'emploi du serre-nœud donne des résultats imparfaits.

B. pratique dans ce cas la décortication de toute la muqueuse malade à l'aide de pinces spéciales ; ces manœuvres doivent être faites avec grandes précautions au voisinage de la voûte des fosses nasales. Cinq ou six séances suffisent pour obtenir une guérison complète, à moins qu'il n'y ait en même temps une sinusité qui réclame alors un traitement approprié.

M. LERMOTÉZ.

III. — LARYNX ET TRACHÉE

Recherches expérimentales sur la physio-pathologie des nerfs laryngés inférieurs, par TRIFILETTI (*Arch. ital. di laringol.*, 1893, fasc. 3).

T. a institué deux séries principales d'expériences. Dans une première série il a excité électriquement le récurrent mis à nu par les méthodes ordinaires sur des animaux anesthésiés : le nerf s'est comporté comme un nerf exclusivement moteur ; l'excitation ne son bout central ne donnait lieu à aucun mouvement de l'une ou l'autre corde.

Dans une seconde série d'expérience T. a produit une excitation électrique du récurrent sur des animaux non anesthésiés et

chez qui il mettait le larynx au jour par une méthode opératoire spéciale. En stimulant dans ces conditions le nerf intact ou le bout central du nerf préalablement sectionné, il obtenait une abduction des cordes principalement du côté correspondant au nerf excité ; en même temps il se produisait des troubles respiratoires réflexes consistant en une inspiration forcée suivie d'une expiration brusque et bruyante. Lorsque l'excitation portait au contraire sur le bout périphérique, il se produisait une adduction des cordes, comme dans la première série d'expériences.

Pour expliquer ces résultats contradictoires, on peut admettre avec Krause, Burkart, Masini, qu'il existe dans le récurrent des fibres à action réflexe, dont le rôle est empêché ou masqué dans les conditions ordinaires d'expérimentation par l'anesthésie de l'animal ; mais on est sans doute plus près de la vérité en supposant qu'il s'agit d'un simple effet expérimental, d'ailleurs inexplicable et dû peut-être à des différences dans l'intensité et le rythme des courants dont on se sert.

M. BOULAY

De l'autoscopie des voies aériennes, par le Dr ALFRED KIRSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, 1895, n° 38).

En examinant de très nombreux malades l'auteur s'assure de plus en plus de la facilité de l'examen direct sans miroir chez la plupart des sujets. Il n'est pas rare de voir non-seulement le larynx et la glotte, mais jusqu'à la bifurcation de la trachée en déprimant simplement la base de la langue à l'aide d'une spatule. L'autoscope de l'auteur se place par son bord antérieur dans le sillon glosso-épiglottique et permet de refouler la langue en bas et en avant ; il faut que le patient penche son tronc un peu en avant tout en relevant la tête, de telle sorte que l'axe laryngo-trachéal se trouve sur le prolongement de celui de la bouche. L'auteur exécute à l'aide de l'autoscopie les opérations intralaryngiennes courantes et pense que cette nouvelle méthode est destinée à rendre de grands services, pourvu qu'on veuille se donner la peine de se l'assimiler à l'égal de l'examen indirect au miroir, avant de la juger.

M. N. W.

Laryngite œdémateuse chez un enfant de 15 mois à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx. Intubation du larynx pendant vingt-quatre heures. Guérison, par BONAIN (de Brest). (*Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1895).

Une fillette de 15 mois avale un fragment de noyau de prune

et aussitôt est prise d'un violent accès de suffocation avec cyanose du visage. Le spasme cesse, mais quelques heures après de nouveaux symptômes de sténose apparaissent et engagent B. à pratiquer l'intubation ; le tube est retiré au bout de vingt-quatre heures, l'enfant est soumis à des sublimes de calomel et quelques jours après tout était rentré dans l'ordre.

B. pense que le corps étranger n'obstruait pas de façon considérable la lumière du conduit laryngo-trachéal, que par suite il avait toléré pendant quelque temps, mais il avait provoqué le développement d'une laryngite œdémateuse causée par l'irritation des tissus. En pareil cas la trachéotomie est indiquée ; mais ici, le petit volume du corps étranger, le jeune âge de l'enfant, les conditions dans lesquelles se présentait le petit malade, engagèrent B. à intervenir par le tubage tout en se tenant prêt pour la trachéotomie. Selon lui, l'œdème du larynx n'est pas une contre-indication à l'intubation.

G. LAURENS.

Deux cas de mort survenue au cours de pansements du larynx
par J. GUESCHELINE (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1893, nos 25 et 26).

Deux cas de spasme glottique mortel consécutifs à des badigeonnages du larynx à la cocaïne. La mort est survenue trop vite pour pouvoir être attribuer à l'intoxication cocaïnique : d'ailleurs, la marche des accidents ne rappelait en rien le tableau de cet empoisonnement. L'auteur attribue plutôt ces accidents à une cause mécanique. Il suppose que chez le premier malade, atteint d'œdème de la glotte, le pinceau a amené un spasme glottique et l'abduction consécutive n'a pu se faire à cause de l'altération des muscles. Dans le second cas, il pense que le pinceau a rompu un abcès cricoïdien et provoqué la chute du pus dans les voies aériennes.

M. LERMOYEZ.

Des manifestations laryngées au cours de la stomatite impétigineuse, par ROCAZ (*Congrès de gynécologie et de pédiatrie*, séance du 14 août 1895).

Les troubles laryngés qui accompagnent fréquemment la stomatite impétigineuse n'ont pas encore été signalés. L'auteur a observé huit cas où cette localisation était des plus nettes. Ces troubles laryngés sont tous éphémères ; ils ne surviennent qu'après l'apparition de plaques de stomatite et guérissent avant

elles, spontanément. Ils se traduisent par de l'enrouement auquel se joint parfois une petite toux étouffée, quinteuse; rarement un peu de tirage pouvant faire croire au croup.

La fréquence de cette complication de la stomatite est grande, l'auteur l'a notée huit fois sur vingt-et-un cas de stomatite impétigineuse qu'il a observés. Il croit qu'il s'agit seulement d'une congestion passagère de la muqueuse du larynx. M. LERMOYEZ.

Tumeurs tuberculeuses du larynx, par le Dr P. CLARK, de Boston (*Am. Journ. of med. sc.*, mai 95).

L'auteur donne un court résumé des observations publiées mais sa bibliographie est un peu incomplète. Il rapporte ensuite un cas chez une femme de 31 ans, sans signes pulmonaires. Il s'agissait d'une tumeur sessile, recouverte par la muqueuse, siégeant dans le ventricule gauche et cachant en partie la corde de ce côté pendant la respiration. Après l'ablation cette tumeur ressemblait à un fibrome mais l'examen microscopique montra qu'on avait bien affaire à une tumeur tuberculeuse. M. LS.

Sur l'état de l'épiglotte dans la paralysie unilatérale du récurrent, par WOLFGANG RÖMISCH (*Arch. f. Laryng. u. Rhin.* Bd II, Heft 3, p. 377).

Déjà, pendant la respiration calme on peut constater des modifications de l'épiglotte dans des paralysies unilatérales du récurrent: aplatissement latéral (Traube), inclinaison et déviation du côté paralysé (Traube), ou du côté sain (Turck). Dans trente-neuf cas, R. n'a rien constaté à l'état de respiration calme, sauf dans deux cas: légères secousses musculaires sur le côté sain avec élévation pendant la respiration, déviation sur le côté sain, ce qui permet de dire que dans ces conditions l'épiglotte reste normale d'une façon générale. Pendant la phonation, il est, au contraire, fréquent (27 %) de voir une déviation active sur le côté sain se traduisant tantôt par un aplatissement, tantôt par un simple déplacement. Cependant, de nombreux auteurs considèrent la participation de l'épiglotte au processus paralytique comme rare (v. Bruns, v. Ziemmsen, Störk). Quelle est l'explication physiologique qui convient à ces cas? Si le relèvement de l'épiglotte est indépendant de la musculature (élasticité), son abaissement et l'occlusion du vestibule laryngé est fonction musculaire et relève surtout du m. ary-

épiglottique. L'opinion la plus répandue est que la musculature de l'épiglotte est innervée par le laryngé supérieur (branche interne). Cependant, en se basant sur la clinique, sur l'expérimentation et même, sur la dissection attentive, certains auteurs ont attribué ce rôle au récurrent. L'opinion électorale (Exner) est que l'innervation du larynx n'est pas la même chez tous les individus. Cette opinion a pour elle un certain nombre de cas positivement établis et notés par les auteurs les plus compétents (v. Ziemmsen, Störk, Bresgen, Onodi, etc.).

L'étude de l'épiglotte dans les paralysies récurrentielles devait servir de contrôle aux diverses opinions. Mais pour être démonstrative, il faudrait qu'il y eût autopsie (ce qui est exceptionnel). Dans deux cas (Ziemmsen, Brieger) on trouva une atrophie des muscles ary-épiglottique dans une paralysie récurrentielle avec intégrité du laryngé supérieur.

C'est la paralysie de l'ary-épiglottique qui explique la déviation vers le côté sain dans nombre de cas; dans ceux où toute déviation fait défaut, il s'agit sans doute d'une anomalie d'innervation et l'opinion d'Exner y trouverait une confirmation. Le cas, rare de déviation vers le côté paralysé peut dépendre d'une raison analogue.

PAUL TISSIER.

Un cas de sarcome du larynx compliqué de périchondrite, par ALEX. BAUROWICZ (*Arch. f. Laryng. u. Rhin.*, p. 409, Bd II, Heft 3).

Le sarcome du larynx se présente d'ordinaire sous l'aspect d'une tumeur à large base d'implantation, à surface lisse, à coloration rouge vif. Il ressemble donc beaucoup à la périchondrite. L'évolution d'ordinaire plus rapide veut être trainante dans cette dernière lésion. Le diagnostic de sarcome du larynx est donc délicat, surtout lorsqu'il siège au-dessous des pertes et même l'examen histologique d'un fragment enlevé ne saurait donner la certitude (gommages syphilitiques). Dans le cas publié par B. tout parlait en faveur d'une périchondrite crico-aryténoïdienne et ce n'est que par hasard que le diagnostic de sarcome put être posé. Il y avait les deux et c'est à ce titre que le fait méritait d'être signalé.

PAUL TISSIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Ner

M. Lermoyez. Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 26 juillet 1894).

Verneuil. De l'abus des opérations dans le traitement des végétations adénoïdes (Congrès d'Hydroth. marine, Boulogne-sur-Mer, 26 juillet 1894).

Beausoleil. I. Occlusion congénitale osseuse des arrière-fosses nasales. Oblitération complète à droite, incomplète à gauche. — II. Végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 27, 1894).

H. Luc. Des suppurations du sinus frontal et, en particulier, de leur traitement chirurgical (*Semaine méd.*, n° 35, 1894 et *Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, juillet-août 1894).

G. Lavrand. Influence du séjour au bord de la mer sur les affections du nez, de la gorge et des oreilles (Congrès d'hydroth. marine, Boulogne-sur-mer, 27 juillet 1894).

Peaucellier. Influence de l'air marin et emploi de l'eau de mer dans les affections naso-pharyngiennes (Congrès d'hydroth. marine, Boulogne-sur-Mer, 27 juillet 1894).

C. Luzet. Rhinologie, otologie, laryngologie à Vienne, d'après le Dr Lermoyez (*Arch. gén. de méd.*, août 1894).

A. Jouslain. Hématôme de la cloison nasale produit par un traumatisme rare (Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris, mai 1894).

P. Raugé. Le canal incisif et l'organe de Jacobson (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, juillet-août 1894).

Ed. Schwartz. Plaies du crâne par balles de revolver, épistaxis à répétition, ligature des deux carotides externes, rabattement du nez et tamponnement des sinus sphénoïdaux par où se faisait l'hémorrhagie venant sans doute de la carotide interne droite (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, juillet 1894).

A. Ruault et Pilliet. Végétations adénoïdes des fosses nasales (Bull. de la soc. anatom. de Paris, fasc. 11, juillet 1894).

Vergniaud. Rhinite catarrhale chronique de la région olfactive. Inflammation du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales postérieures. Anosmie (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} septembre 1894).

P. Mermet. Fibro-sarcome des fosses nasales faisant saillie dans le pharynx (Bull. de la soc. anat. de Paris, fasc. 13, juillet 1894).

Szypiorski. Note sur un procédé simple pour arrêter l'épistaxis (*Gaz. des hôp.*, 20 septembre 1894).

H. Mendel. Rhinite syphilitique tertiaire. Rétention d'un volumineux séquestre pendant 4 ans $1/2$ (Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris, juin-juillet 1894).

A. Kellgren. Massage vibratoire. Nouveaux mouvements dans le traitement manuel (*Clinique française*, 10 septembre 1894).

Bayer. Glycosurie d'origine nasale. Guérison par le rétablissement de la respiration nasale (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} octobre 1894).

Beausoleil. Présentation de végétations adénoïdes. Considérations sur ces tumeurs (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 34, 1894).

Régis. Végétations adénoïdes et dégénérescence (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 31, 1894).

Liégeois. La digitale dans l'hémoptysie et l'épistaxis (*Rev. gén. de chir. et thérap.*, 3 octobre 1894).

A. Gouguenheim. Polypes muqueux des fosses nasales (*Union méd.*, 11 octobre 1894).

P. Chapuis. Du chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire (*Gaz. des hôp.*, 13 octobre 1894).

J. Passy. De l'olfaction. Mode d'action des parfums (*Presse méd.*, 14 octobre 1894).

A. Raoult. Polype fibreux-muqueux de la cavité naso-pharyngienne (*Rev. méd. de l'est*, 15 octobre 1894).

P. Raugé. Sur la chirurgie du sinus maxillaire et ses progrès depuis dix ans (Congrès français de chir., Lyon, octobre 1894).

A. Broca et Pilliet. Angiôme de la sous-narine (Bull. de la soc. anat. de Paris, fasc. 16, juillet 1894).

E. Baumgarten. Statistique de 250 cas d'épistaxis (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 14 août 1894).

G. Variot. Corps étranger dans la narine droite chez un enfant de 2 ans (*Journ. de olin. et thérap. infant.*, 25 octobre 1894).

Thomas. Des végétations adénoïdes (Marseille, méd., 15 octobre 1894).

C. Giraudeau. Tabes bulbaire, ulcérations trophiques du nez et des oreilles (*Presse méd.*, 27 octobre 1894).

C. Ziem. Note sur la valeur des miroirs métalliques (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, septembre-octobre 1894).

H. Ripault. Les polypes muqueux (nez, arrière-nez, sinus) (*Gaz. des hôp.*, 3 novembre 1894).

E. Laguesse. Note rectificative à propos du développement du sinus maxillaire (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biologie, 2 novembre 1894).

L. Réthi. Considérations sur les névroses vaso-motrices des voies aériennes supérieures (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 septembre 1894).

L. Lacoarret. De la syphilis tertiaire du nez chez l'enfant (*Ann. de la polyclin. de Toulouse*, octobre 1894).

Guye. Des polypes des choanes (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 octobre 1894).

Tuffier. Résection du maxillaire supérieur pour polype naso-pharyngien (Soc. de chir. de Paris, séance du 21 novembre 1894).

E. Trouessart. Note sur les acariens parasites des fosses nasales des oiseaux (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 23 novembre 1894).

Maurel. Emploi des vapeurs iodoformiques dans le coryza et la bronchite descendante (Soc. de thérap., séance du 14 novembre, Paris, 1894).

C. Nélaton. Polypes naso-pharyngiens (Soc. de chir. de Paris, séance du 28 novembre 1894).

H. Lavrand. Polype fibreux muqueux de l'arrière-narine gauche pendant dans le cavum et détaché par la fosse nasale, après malaxations (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 27 octobre 1894).

M. Lermoyez. Traitement de l'épistaxis (*Presse méd.*, 8 décembre 1894).

F. Helme. Une nouvelle application de l'électricité à la rhinologie. Trépanation et massage électriques (*Médecine moderne*, 12 décembre 1894).

A. Verneuil. Traitement des polypes naso-pharyngiens (Soc. de chir., séance du 12 décembre 1894).

R. Beausoleil. Etude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséux (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 décembre 1894 et 1^{er} janvier 1895).

Rafin. Tumeur nasale avec envahissement de l'orbite (Bull. méd. du Dispensaire gén. de Lyon, 15 décembre 1894).

P. Tissier. De la rhinite hyperplasique (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 12 décembre 1894).

Chaput. Restauration du nez par soutènement (Soc. de chir. de Paris, séance des 19 et 26 décembre 1894).

M. Lermoyez. Pathogénie et traitement des rhinites spasmodiques (rhume des foins) (*Presse méd.*, 22 décembre 1894).

A. Brindel. Dent implantée à l'entrée de la fosse nasale droite, avec troubles réflexes (accès de toux et spasmes laryngés); avulsions, guérison (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} janvier 1895).

Judet de la Combe. Végétations adénoïdes et dégénérescence (Thèse de Bordeaux, 1894).

P. Berger. Traitement des polypes naso-pharyngiens. Rapport sur une observation de Calot (Soc. de chir. de Paris, séance du 2 janvier 1895).

Surmay. Cas de déviation de la cloison (Soc. de chir. de Paris, séance du 2 janvier 1895).

Guilpin. Contribution à l'étude de l'ozène et de la rhinite atrophique simple (Thèse de Paris, janvier 1895).

E. Zuckerkandl. Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques. Traduction française de L. Lichtwitz et P. Garnault (2 volumes, G. Masson, éditeur, Paris, 1895).

Verneuil. Traitement médical des végétations adénoïdes du pharynx; rapport de cette affection avec la tuberculose (*Revue de la tuberculose*, octobre 1894).

Straus. Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain (*Revue de la tuberculose*, octobre 1894).

Delorme. Sur les appareils métalliques de soutien du nez (Soc. de chir. de Paris, séance du 9 janvier; *Gaz. des hôp.*, 17 janvier 1895).

Eudlitz. Syphilis héréditaire tardive. Syphilides ulcéreuses du front, du nez, de la lèvre supérieure. Nécrose des os du nez (Soc. franç. de derm. et syphil., séance du 10 janvier 1895).

Sulzer. De la névrite optique consécutive à l'ozène (Soc. d'ophth. de Paris, séance du 8 janvier 1895).

C. Goris. Sur quatre opérations de rhinoplastie avec courtes remarques sur la technique opératoire (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 décembre 1894).

M. Lermoyez. Traitement du coryza aigu (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 26 janvier 1895).

Chaumier. De l'utilité de la connaissance des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal pour les médecins d'enfants (*Méd. infantile*, 15 décembre 1894).

Perrin et Aslanian. Cavités du nez à l'état physiologique et dans l'eczéma pileaire (*Marseille méd.*, 1^{er} novembre 1894).

C. Ziem. Le rôle des affections nasales dans les maladies infectieuses (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 décembre 1894).

Dedieu. Contribution à l'étude clinique de la rhinite purulente infantile (Thèse de Paris, février 1895).

Domec. Du traitement de l'épithélioma de la peau, des paupières et du nez par le bleu de méthyle (Thèse de Paris, février 1895).

Pissot. Etude sur le lavage du rhino-pharynx et ses indications (Thèse de Paris, février 1895).

L. Lacoarret. Coryza nerveux. Rhinorrhée. Crises d'éternuement. Spasmes de la glotte (*Ann. de la polyclin. de Toulouse*, janvier 1895).

Rueda. Syphilôme primitif intra-nasal de forme anormale (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, février 1895).

Eudlitz. Chancre induré de la cloison sous-nasale (Soc. franç. de derm. et syphil., 14 février 1895).

A. Gouguenheim. Déviations de la cloison du nez (*Semaine méd.*, 21 février 1895).

F. Helme. Les sarcomes primitifs des fosses nasales (*Union méd.*, 23 février 1895).

Gouly. Des corps étrangers du sinus maxillaire et, en particulier, de leur élimination par l'hiatus semi-lunaire (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, janvier-février 1895).

G. de Marion. De la prothèse dans le traitement des fistules chirurgicales du sinus maxillaire (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, janvier-février 1895).

J. Baratoux. Des corps étrangers du sinus maxillaire (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} mars 1895).

Bonain. Synéchie osseuse et myxôme kystique de la fosse nasale droite (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} mars 1895).

Panas. Empyème du sinus maxillaire (Acad. de méd., séance du 12 mars, Paris 1895).

M. Lermoyez. Le coryza chronique simple (*Union méd.*, 16 mars 1895).

H. Mendel. Chancres syphilitiques des narines (Soc. franç. de derm. et syphil., séance du 14 mars, Paris, 1895).

P. Jacquin. Anatomie pathologique des végétations adénoïdes. Pathogénie de leurs complications. Leur traitement (*Union méd. du nord-est*, mars 1895).

NOUVELLES

La *Société laryngologique de Londres* a constitué son bureau pour 1896. *Président* : F. SEMON ; *vice présidents* : CRESSWELL BABER CHARTERS SYMONDS et A. HODGKINSON ; *trésorier* : W. J. WALSHAM ; *bibliothécaire* : CLIFFORD BEALE ; *secrétaire* : W. R. H. STEWART et SAINT-CLAIR THOMSON ; *conseil* : J. B. BALL, F. W. BENNETT, J. W. BOND, SCANES SPICER et WATSON WILLIAMS.

Le Dr VON STEIN, de Moscou, a été nommé par la Faculté de médecine de cette ville, secrétaire du comité d'organisation des sections d'otologie, rhinologie et laryngologie, qui se tiendra à Moscou en 1897. Remarquons, à ce propos, que ces spécialités figurent au programme comme sous-sections de la chirurgie au lieu de former des sections comme dans les Congrès précédents (*Archivio Ital. de Otol. Rin. e Lar.*).

Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Tunis du 1^{er} au 4 avril 1896. La section des sciences médicales sera présidée par le Dr V. HANOT.

Le comité espagnol du monument à Wilhelm Meyer est composé de R. BOTRY, président ; L. SUÑE, trésorier et C. KARMSKI, secrétaire.

Le 6 janvier dernier se sont réunis, à Madrid, pour poser les bases du futur Congrès espagnol d'oto-rhino laryngologie, les spécialistes dont les noms suivent : CISNEROS, COMPAIRED, BARAJAS, GONZALEZ ALVAREZ, URUÑUELA, GONZALES CAMPO, HORCASITAS, TRAVER, CARRALERO, LLORENTE, RUEDA, BOTELLA, PEREZ MORENO, TOLEDO Y FORNS, tous madrilènes.

En dehors de ces derniers, étaient représentés les Dr MARIANI, TELLO, GÓMEZ DE LA MATA, CALVO Y MARTIN, VALLEDOR, MARTINEZ PACHECO, ENRIQUEZ, ROBERT, ROMAIN ET LETAMENDI.

On donna aussi lecture des adhésions des Dr VERDOS, SUÑE ET ROQUER (Barcelone) ; CASANOVA, BARTUAL Y BARBERÀ (Valence) ; PORTELA Y MORESCO (Cadix) ; SOTA Y LASTRA, LABORDE, MAGRO, GALLIGOS Y VALENZUELA (Seville) ; ARRESE (Bilbao) ; FURUNDARENA Y CASTANEDA (Saint-Sébastien) ; AGUIRRE (Pampelune) ; ROYO (Saragosse).

Après avoir discuté quelques points, on nomma le Comité d'organisation du futur Congrès, composé de MM. URUÑUELA, CISNEROS, COMPAIRED, GONZALEZ ALVARES et RUEDA Y FORNS, parmi laquelle on nommera un président, un secrétaire et un trésorier et qui se chargera des travaux préparatoires.

Quelques confrères de province aideront le Comité de Madrid : VERDOS (Barcelone) ; SOTA Y LASTRA (Séville) ; MORESCO (Cadix) ; CASANOVA (Valence) ; ARRESE (Bilbao) ; FURUNDARENA (Saint-Sébastien) ; AGUIRRE (Pampelune) ; ROYO GALINDO (Saragosse) ; SANTUISTE (Santander).

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE GALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Lymphadénite rétro-pharyngée, par W. E. CASSELBERRY (Extrait du *Journ. of. the amer. med. ass.* 20 septembre 1894).

Polype nasal associé à l'ethmoïdite; traitement par la résection du cornet moyen, par W. E. CASSELBERRY (Extrait du *N. Y. med. journ.* 24 novembre 1894).

Electrolyse pour la réduction des éperons de la cloison nasale, par E. W. CASSELBERRY (Extrait du *N. Y. med. journ.* 31 août 1895).

Moyen perfectionné pour corriger certaines déformations nasales, par F. E. HOPKINS (Extrait du *N. Y. med. journ.* 8 juin 1895).

Observation d'œdème aigu du larynx, par F. E. HOPKINS (Extrait du *N. Y. med. record*, 19 octobre 1895).

Contribution à l'étude de l'empyème des sinus frontaux, par S. ORTEGA (Broch. de 111 pages, impr. P. Delmar, Paris 1895).

Un cas de fibrôme de la fosse nasale, par C. H. KNIGHT (Extrait du *Manhattan eye and ear hosp. reports*, janvier 1895).

Trois cas de néoplasmes laryngiens, par C. H. KNIGHT (Extrait du *N. Y. med. journ.* 1^{er} décembre 1895).

Végétations adénoïdes naso-pharyngiennes, par C. H. KNIGHT (Extrait des *Intern. clinics*, Vol. I, série V).

Laryngite tuberculeuse, par C. H. KNIGHT (Extrait des *Intern. clinics*, Vol. IV, série IV).

Note sur un nouveau cas d'atiniomycose temporo-maxillaire. Considérations cliniques, par A. PONCET (Broch. de 16 pages, Assoc. Typog. Lyon, 1896).

Le Gérant : G. MASSON.

